

Chiropractie Brunssum – intake formulier nieuwe klant

(deze vragenlijst is vertrouwelijk)

1. ALGEMENE EN PERSOONLIJKE GEGEVENS

DATUM : ___ / ___ / ___ ACHTERNAAM : _____ VOORNAAM : _____

MEISJESNAAM: _____ GESLACHT: M F

GEBOORTEDATUM: _____ LEEFTIJD: _____ LENGTE: _____ GEWICHT: _____

ADRES: _____ POSTCODE: _____

WOONPLAATS: _____

TELEFOON: PRIVE _____ MOBIEL _____ WERK _____

E-MAIL ADRES: _____

BENT U: Gehuwd Ongehuwd Samenwonend Weduwe(naar) Gescheiden

AANTAL KINDEREN: _____

WERKT U MOMENTEEL: ja nee BEDRIJFSNAAM: _____

BEROEP: _____

VERZEKERING: _____ NUMMER: _____

HUISARTS: _____ ADRES: _____

POSTCODE: _____ PLAATS: _____

WENST U DAT WE EEN VERSLAG AAN UW HUISARTS OVERMAKEN? ja nee

HOE WERD U BEKEND MET ONZE PRAKTIJK? VIA

Huisarts Zelf Internet Lezing

Andere Patiënt, naam? _____ Reclame, waar? _____

Anders (verklaar nader): _____

Chiropractie Brunssum – intake formulier nieuwe klant

(deze vragenlijst is vertrouwelijk)

2. AKTUELE MEDISCHE GEGEVENS

DATUM : ___ / ___ / ___ ACHTERNAAM : _____ VOORNAAM : _____

Heeft u een ziekte, aandoening of specifieke conditie ? (vb. hoge bloeddruk, suikerziekte, reuma,) :

ja nee Zoja, dewelke ? _____

Heeft u een allergie ?

ja nee Zoja, dewelke ? _____

Lijst van de medicijnen die u neemt: (vb. aspirine, zwangerschap regelen, ...)

	Naam Medicijn	hoeveelheid (# tabletten)	frequentie (per dag)	dosis (mg sterkte)
1				
2				
3				
4				
5				

Lijst van de supplementen die u neemt: (vb. vitamines, kruiden, ...)

	Naam Supplement	hoeveelheid (# tabletten)	frequentie (per dag)	dosis (mg sterkte)
1				
2				
3				
4				
5				

Bent U in het voorbije jaar duidelijk in gewicht toegenomen of afgenomen zonder aanwijsbare reden ?

ja nee Zoja, over hoeveel gewicht gaat het en over welke periode ? _____

Uw levenswijze:

Roekt U ? ja nee Zoja, sinds wanneer ? _____ aantal sigaretten/dag : _____

Drinkt U alcohol ? ja nee Zoja, aantal glazen/week : _____

Drinkt U cafeïne dranken ? (bv. koffie, thee, energiedrank, ...) ja nee Zoja, aantal tassen/dag : _____

Sport/beweegt U ? ja nee Zoja, welke sport ? _____ Zoja, aantal keer/week : _____

Hoeveel uren/nacht slaapt U ? _____

Hoe is uw eetlust ? veel normaal weinig

Heeft U hobby's ? ja nee Zoja, welke hobb(y)'(s) ? _____

Chiropractie Brunssum – intake formulier nieuwe klant

(deze vragenlijst is vertrouwelijk)

3. VOORBIJE MEDISCHE GEGEVENS

DATUM : ___ / ___ / ___ ACHTERNAAM : _____ VOORNAAM : _____

Lijst van operaties die U eventueel in het verleden heeft gehad. Geef datum, soort operatie, chirurg, ziekenhuis en resultaat.

1. _____

2. _____

3. _____

**Heeft u de afgelopen jaren een ziekenhuis bezocht voor een behandeling te ondergaan ? ja nee
Zoja, geef datum, ziekenhuis, waarover het gaat, behandeling en resultaat.**

1. _____

2. _____

3. _____

Heeft iemand in uw familie een ziekte, aandoening of specifieke conditie? (vb. hoge bloeddruk, suikerziekte, reuma, ...): alleen uw ouders, grootouders, broers en/of zussen ja nee

Zoja, wie heeft welke aandoening ?

1. _____
2. _____
3. _____

Chiropractie Brunssum – intake formulier nieuwe klant

(deze vragenlijst is vertrouwelijk)

4. LICHAAMSOVERZICHT

DATUM : ___ / ___ / ___ ACHTERNAAM : _____ VOORNAAM : _____

Kruis aan het probleem dat U had (linker vakje, vroeger probleem) of heeft (rechter vakje, actueel probleem)

Vroeger	Nu	Spierklachten
		Nek
		Tussenschouders
		Lage rug
		Staartbeen
		Lies L/R
		Heup L/R
		Been L/R
		Knie L/R
		Enkel L/R
		Voet of hiel L/R
		Schouder L/R
		Arm L/R
		Elleboog L/R
		Pols L/R

Vroeger	Nu	Gewrichtsklachten
		Hand L/R
		Vinger L/R
		Ribben L/R
		Gewrichtsontsteking
		Gezwellen gewrichten
		Kaakpijn
		Artritis
		Jicht
		Reuma
		Spierverzwakking
		Gevoelsstoornissen
		Tussenwervelschijven vermindering/hernia
		Geklemde zenuw
		Andere :

Vroeger	Nu	Algemeen
		Hoofdpijn
		Migraine
		Duizeligheid
		Flauwvallen
		Slaapstoornissen
		Concentratieproblemen
		Angsten
		Vermoeidheid
		Depressies
		Zenuwachtigheid
		Woedeaanvallen
		Stress emotioneel/psychisch /burnout
		Gewichtverlies/toename
		Andere :

Vroeger	Nu	Hart- en bloedvaten
		Hartproblemen
		Beroerte
		Hoge bloeddruk
		Lage bloeddruk
		Spataderen
		Hartslag onregelmatig
		Hartslag versneld/vertraagd
		Bloedarmoede
		Blauwe plekken
		Koude handen/voeten
		Gezwellen handen/enkels
		Aderverkalking
		Slechte circulatie
		Andere :

Vroeger	Nu	Ademhaling
		Ademhalingsmoeilijkheden
		Astma
		Bronchitis
		Longontsteking
		Emfyseem
		Pijn in de borst
		Chronische hoest
		Ophoesten van bloed
		Ophoesten van slijm
		Kortademig
		Piepende ademhaling
		Hyperventilatie
		Zweetuitbarsting
		Andere :

Vroeger	Nu	Maag en ingewanden
		Maagpijn/buikpijn
		Maagzuur
		Maagweer
		Maagbreuk
		Verteringsproblemen
		Leverproblemen
		Blindedarmontsteking
		Galproblemen
		Stoelgang gekleurd
		Constipatie/moeilijke stoelgang
		Diarree
		Braken
		Aambeien
		Winderigheid/gas

Vroeger	Nu	Huid
		Jeuk Vroeger
		Eczeem
		Blauwe plekken
		Droge huid
		Andere :

Vroeger	Nu	Vrouwen
		Overgangsproblemen
		Menstruatiekrampen
		Rugpijn tijdens uw menstruatie
		Onregelmatige menstruatie
		Overmatig bloedverlies

Vroeger	Nu	Diversen

Chiropractie Brunssum – intake formulier nieuwe klant

(deze vragenlijst is vertrouwelijk)

Bent u mogelijk zwanger? ja nee

Wanneer menstrueerde u voor het laatst? _____

Chiropractie Brunssum – intake formulier nieuwe klant

(deze vragenlijst is vertrouwelijk)

5. INLEIDING TOT UW KLACHTEN

DATUM : ___ / ___ / ___ ACHTERNAAM : _____ VOORNAAM : _____

Wat is uw klacht ? _____

Wat is volgens U de oorzaak van deze klacht ? _____

Wanneer is de klacht begonnen ? _____

Hoe is de klacht ontstaan ? geleidelijk plotseling

De klacht is constant aanwezig wisselend aanwezig

Sinds het begin is mijn klacht verbeterd verergerd hetzelfde

Mijn klacht is erger 's morgens 's middags 's avonds 's nachts

Hoeveel tijd neemt uw klacht in ? (tijdens een normale dag) ? 100 % 75% 50% 25% 10%

Hoeveel tijd neemt uw klacht in ? (tijdens een normale week) ? 100 % 75% 50% 25% 10%

Heeft u de klacht op een bepaald terugkerend ogenblik ? ja nee

Zoja, wanneer ? _____

Is er sprake van uitstraling ? Zoja, naar

schouder L/R arm L/R heup L/R been L/R andere plek _____

Hoe zou U de pijn beschrijven ? (u mag meerdere antwoorden kiezen)

scherp zeurend stijfheid brandend krampen kloppend schietend stakend
 knagend drukkend gevoelig scheurend vermoeiend, uitputtend ziekmakend
 beangstigend kwellend andere gevoel _____

Is er sprake van tintelingen verdovende gewaarwordingen gevoelloosheid ?

ja nee

Zoja, naar arm L/R been L/R andere plek _____

Wat doet de klacht erger worden ? (u mag meerdere kiezen)

zitten lopen staan bukken liggen hoofd draaien beweging
 hoesten/niezen/persen andere activiteiten/houdingen _____

Wat doet de klacht afnemen ? (u mag meerdere kiezen)

zitten lopen staan bukken liggen hoofd draaien beweging
 hoesten/niezen/persen andere activiteiten/houdingen _____

Heeft U de klacht reeds laten behandelen ? ja nee

Zoja, bij welke therapeut ? fysiotherapeut manueel therapeut huisarts osteopaat chiropractor

andere geneeskundige _____

Chiropractie Brunssum – intake formulier nieuwe klant

(deze vragenlijst is vertrouwelijk)

6. PIJNTEKENING WAAR UW KLACHTEN ZICH SITUEREN

DATUM : ___ / ___ / ___ ACHTERNAAM : _____ VOORNAAM : _____

Plaats op onderstaande tekening de overeenstemmende letter op die plaats(en) waar U pijn heeft en duidt met pijltjes aan (\Rightarrow \Leftarrow \Downarrow \Uparrow) in welke richting de pijn naartoe straalt.

P = PIJN

B = BRANDENDE PIJN

S = STRALENDE PIJN

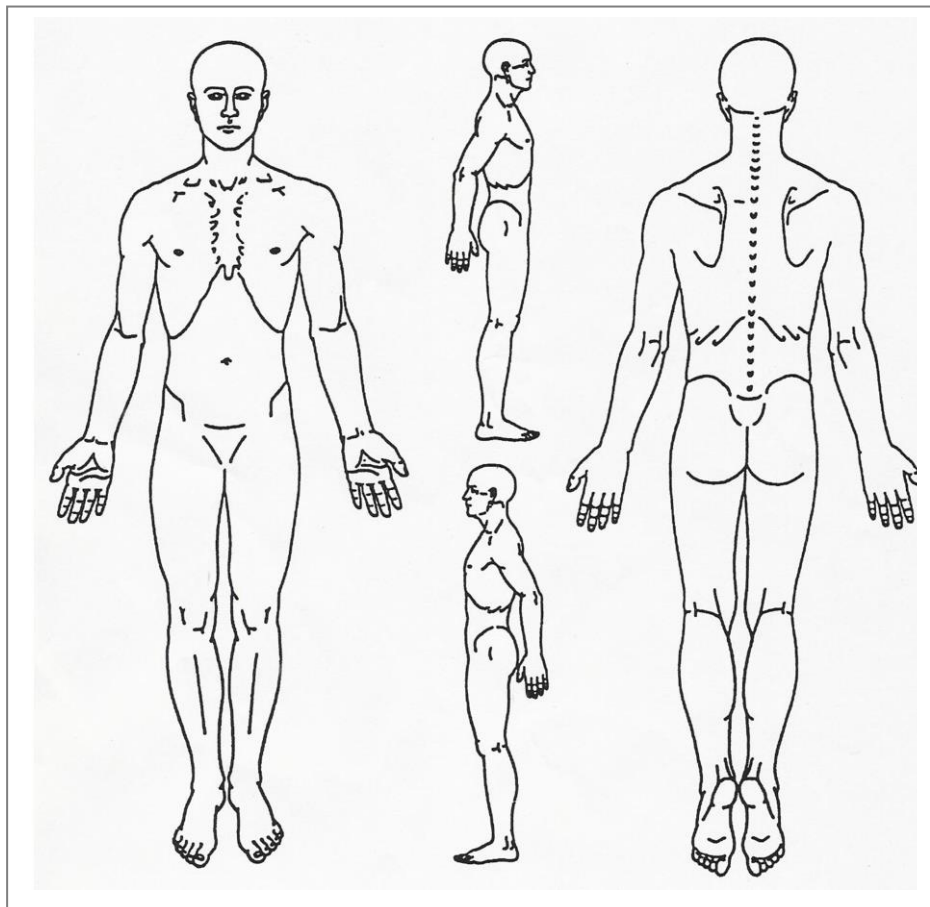
D = DOFFE PIJN

G = GEVOELLOOS

N = NAALDEN EN STEKENDE PIJN

K = KLOPPENDE PIJN

A = ANDERE PIJN



Bij onderstaande vragen uw antwoord omcirkelen met wat van toepassing is op een schaal van 0 (geen pijn), 1 (lichte pijn) tot 10 (zeer hevige pijn)

Hoe hoog schat U de pijn momenteel in ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hoe hoog schat U de pijn meestal in ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wanneer de pijn op het ergst is, hoe hoog schat U die dan in ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wanneer de pijn het minst erg is, hoe hoog schat U die dan in ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HANDTEKENING PATIENT _____ DATUM _____