

# Vragenlijst

© Chiropractie De Schipper

Versie3 518

|                |               |                     |                   |
|----------------|---------------|---------------------|-------------------|
| Naam           | .....         | Bent u              | gehuwd / ongehuwd |
| Voorletters    | geb.dat. .... | Aantal kinderen     | .....             |
| Roepnaam       | .....         | Verzekering         | .....             |
| Meisjesnaam    | .....         | Verzekeringsnummer  | .....             |
| Adres          | .....         | BSN/sofinr          | .....             |
| Postcode       | .....         | Huisarts            | .....             |
| Woonplaats     | .....         | Woonplaats huisarts | .....             |
| Telefoon prive | .....         | Beroep              | .....             |
| Mobiel         | .....         | Werkt u momenteel   | ja / nee          |
| Telefoon werk  | .....         | hobby's/sport       | .....             |
| Email adres    | .....         | Verwijsbron         | .....             |

## Wat is de belangrijkste klacht:

.....  
 .....  
 .....

## Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen:

.....

## Hoe is de klacht ontstaan:

- Geleidelijk
  - Wisselend aanwezig
  - Constant aanwezig
- Plotseling
  - Wisselend aanwezig
  - Constant aanwezig

## Is er sprake van uitstraling naar:

- Arm L/R
- Been L/R

## Wordt erger met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- bewegen
- het hoofd draaien
- hoesten/niezen/persen
- andere activiteiten/houding

## Neemt af met:

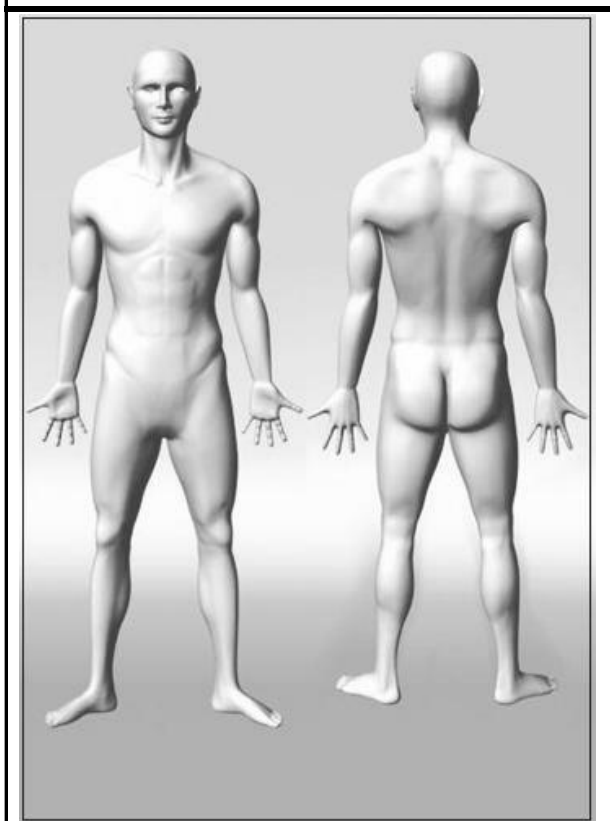
- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- bewegen
- andere activiteiten/houding

## Deskundigen:

Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij: (naam dd.)

- Chiropractor
- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Ceasar/Mensendieck
- Manueel therapeut
- Podoloog
- Optometrist
- Neuroloog
- Revalidatie
- Reumatoloog
- Acupuncturist
- Osteopaat
- Pijnteam
- Homepatisch arts
- Orthopeed
- Psycholoog
- Alternatief genezer
- Andere

## Geef aan waar de klacht zit



vroegere problemen  
 huidige problemen

## Spiere en gewrichten

- nek
- tussen de schouders
- lage rug
- staartbeen
- lies L/R
- heup L/R
- been L/R
- knie L/R
- voet of hiel L/R
- schouder L/R
- arm L/R
- elleboog L/R
- hand L/R
- pols L/R
- vingers L/R
- rib L/R
- gewrichtsontsteking
- gezwollen gewrichten
- arthritis
- jicht

vroegere problemen  
 huidige problemen

## Algemeen

- hoofdpijn
- migraine
- duizeligheid
- flauwvallen
- oorsuizingen L/R
- slapeloosheid
- vermoeidheid
- zenuwachtigheid
- allergieën
- depressie
- aangezichtspijn L/R
- slechte eetlust
- oor, neus en/of keelklachten
- voorhoofdsholte ontsteking
- bijholteontsteking
- oorontsteking L/R
- doofheid L/R

Vervolg op pagina 2

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">vroegere problemen<br/>huidige problemen</p> <p><b>hart en bloedvaten</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hartproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> beroerte</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lage bloeddruk</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> spataderen L/R</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> slechte circulatie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zwelling enkels L/R</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bloedarmoede</p><br><p><b>ademhaling</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ademhalingsmoeilijkheden</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> astma</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> bronchitis</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> longontsteking</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> emphyseem</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hooikoorts</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pijn in de borst</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> chronische hoest</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ophoesten van bloed</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ophoesten van slijm</p> | <p style="text-align: center;">vroegere problemen<br/>huidige problemen</p> <p><b>maag en ingewanden</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maagpijn</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maagzweer</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> maagbreuk</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> galproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> leverproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> constipatie/moeilijke stoelgang</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diarree</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> overgeven</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aambeien</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> winderigheid</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> blaas, waterweg problemen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nierontsteking</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> prostaat problemen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> incontinentie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> blindedarm ontsteking</p><br><p><b>huid</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jeuk</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> eczeem</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> blauwe plekken</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> droge huid/schilfers</p> | <p style="text-align: center;">vroegere problemen<br/>huidige problemen</p> <p><b>vrouwen</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> overgangsproblemen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> menstruatiekrampen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rugpijn tijdens menstruatie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> onregelmatige menstruatie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> overmatig bloedverlies</p><br><p><input type="checkbox"/> heeft u een abortus gehad?</p> <p><input type="checkbox"/> heeft u een miskraam gehad?</p> <p><input type="checkbox"/> bent u mogelijk zwanger?<br/>wanneer menstrueerde u<br/>voor het laatst? .....</p><br><p style="text-align: center;"><b>diversen</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|--|---|

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>condities</b></p> <p><input type="checkbox"/> angina pectoris</p> <p><input type="checkbox"/> alcoholisme</p> <p><input type="checkbox"/> epilepsie</p> <p><input type="checkbox"/> kanker</p> <p><input type="checkbox"/> multiple sclerose</p> <p><input type="checkbox"/> polio</p> <p><input type="checkbox"/> hersenvliesontsteking</p> <p><input type="checkbox"/> reuma</p> <p><input type="checkbox"/> tuberculose</p> <p><input type="checkbox"/> suikerziekte</p> <p><input type="checkbox"/> ziekte van Pfeiffer</p> <p><input type="checkbox"/> schildklierafwijking</p> <p><input type="checkbox"/> andere: .....</p> | <p><b>tandheekkundig</b></p> <p><input type="checkbox"/> tandenknarst of klemt u overdag en/of 's nachts?</p> <p><input type="checkbox"/> draagt u een kunstgebit geheel of gedeeltelijk?</p> <p><input type="checkbox"/> heeft u 's ochtends wel eens een vermoeid gevoel in de kaken?</p> <p><input type="checkbox"/> heeft u kronen?</p> <p><input type="checkbox"/> heeft u een brug?</p> <p><input type="checkbox"/> heeft u een frame / draadje / plaatje in de mond?</p> <p><input type="checkbox"/> heeft u een beugel gehad?</p> <p><input type="checkbox"/> maakt uw kaakgewricht wel eens een knappend geluid?</p> | <p><b>gebruikt u:</b></p> <p><input type="checkbox"/> steunzolen?</p> <p><input type="checkbox"/> hakverhoging L/R?</p> <p><input type="checkbox"/> andere: .....</p> <p><b>hoe slaapt u:</b></p> <p><input type="checkbox"/> rug</p> <p><input type="checkbox"/> zij</p> <p><input type="checkbox"/> buik</p> <p><input type="checkbox"/> wisselend</p> <p><b>hoe oud is uw matras?</b></p> <p><input type="checkbox"/> .....</p> <p><b>is uw matras comfortabel?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nee</p> |
|--|---|---|

|                                    |                          |                          |                          |                          |                                 |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
|                                    | korter dan               | tussen                   | langer dan               | nog                      | <b>heeft u nog opmerkingen:</b> |
| <b>datum van uw laatste testen</b> | 6 mnd                    | 6-18 mnd                 | 18 mnd                   | nooit                    |                                 |
| urinetest                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| rontgenfoto's                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| bloedtest                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| chiropractisch onderz.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| hart onderzoek                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| <b>gewoonten</b>                   | veel                     | normaal                  | weinig                   | geen                     |                                 |
| eetlust                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| koffie                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| alcohol                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| lichaamsbeweging                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| slaap                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |
| roken                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                 |

|  |  |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> ongevallen .....</p> <p><input type="checkbox"/> botbreuken .....</p> <p><input type="checkbox"/> operaties .....</p> <p><input type="checkbox"/> ziekenhuisopnamen .....</p> <p><input type="checkbox"/> mentale ziekten .....</p> <p><input type="checkbox"/> medicijnen die u neemt en waarvoor .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> voedingssupplementen .....</p> | <p>mogen wij uw huisarts informeren? <b>JA/NEE</b></p> <p>mogen wij samenwerkende collega's informeren? <b>JA/NEE</b></p> <p>handtekening</p> <p>datum: _____</p> <p>Bij ondertekening accepteert u de geldende algemene voorwaarden en het privacy beleid</p> |
|--|--|