VERTROUWELIJKE
GEZONDHEIDSINFORMATIE

Alle informatie die u ons bezorgd is strikt vertrouwelijk en wordt niet doorgegeven mits uw toestemming.

Datum
_____ `

Naam
_____

Voornaam
_____

Adres
_____

_____

Telefoonnummer. _____

GSM nummer_____

E-mail _____

Heeft U ooit al een consulatie gehad bij een chiropractor?
☐ **Ja** ☐ **Nee**

Geslacht
☐ **Mannelijk** ☐ **Vrouwelijk**

Burgerlijke staat
☐ **Alleenstaand** ☐ **Getrouwd**
☐ **Gescheiden** ☐ **Weduwe(naar)**

Hoe wordt u het liefst gecontacteerd?
☐ **Telefoonnummer** ☐ **GSM nummer**
☐ **E-mail**

Contact in geval van nood
_____

GSM of telefoonnummer
_____

Welk beroep oefent u uit?
_____

1. **De symptomen die me ertoe hebben aangezet vandaag naar zorg te zoeken zijn:** _____

   _____

2. **En zijn het resultaat van (kruis aan)**
   ☐ Een ongeluk of blessure
   ☐ Werk ☐Auto ☐ Andere _____

   ☐ Een verslechtend langdurig probleem
   ☐ Een interesse in ☐ Welness ☐ Andere _____

3. **Aanzet** (Wanneer begonnen uw symptomen op te vallen?) _____

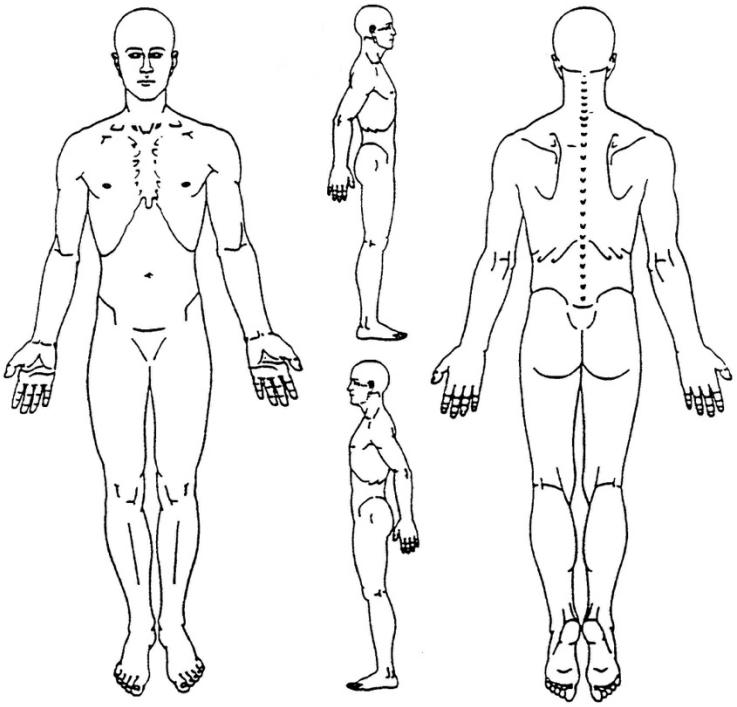
4. **Intensiteit** (Hoe extreem zijn uw huidige symptomen?) **0** O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O **10**
   Afwezig Ongemakkelijk Ondragelijk

5. **Duur en aanhouding** (Wanneer begonnen de symptomen en hoe vaak voelt u zet?)
   ☐ Constant ☐ Komt en gaat. Hoe vaak? _____

6. **Kwaliteit van de symptomen** (Hoe voelt het?)
   ☐ Gevoelloos ☐ Andere _____
   ☐ Tinteling
   ☐ Stijfheid
   ☐ Dof
   ☐ Gevoelig
   ☐ Krampachtig
   ☐ Zeurend
   ☐ Scherp
   ☐ Brandend
   ☐ Schietend
   ☐ Kloppend

☐ Stekend

7. Locatie (Waar doet het pijn?) Duid de plaats(en) aan op de tekening.
"O" voor de huidige conditie
"X" voor condities ervaren in het verleden



8. **Radiatie** (Heeft de pijn invloed op andere plaatsen in uw lichaam? Op welke plaats(en) voelt u de pijn doorvloeien?)
_____

9. **Verergerende of verlichtende factoren** (Wat maakt uw symptomen erger of beter? Zoals het tijdstip, beweging, activiteiten, etc.)
_____

10. **Voorafgaande interventies** (Wat heeft u ondernomen om de pijn te verzachten?)

☐ Voorgeschreven medicatie	☐ Operatie	☐ ijs
☐ Niet voorgeschreven medicatie	☐ Acupunctuur	☐ Warmte
☐ Homeopathische remedies	☐ Chiropraxie	☐ Andere: _____
☐ Kinesitherapie	☐ Massage	

11. **Hoe belet uw huidige conditie zich in uw:**
Werk of carrière: _____

Recreatie activiteiten: _____

Huishoudverantwoordelijkheden: _____

Persoonlijke relaties: _____

12. **Beoordeling van het systeem**
Chiropractische zorg focust zich op de integriteit van het zenuwstelsel, die het hele lichaam reguleert. Kruis het vakje aan naast elke conditie die u had of momenteel heeft.

A. Musculoskeletaal

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Osteoporose	☐	☐	Artritis	☐	☐	Scoliose	☐	☐	Nekpijn	☐	☐	Rugproblemen	☐	☐	heupafwijking
☐	☐	Knieblessure	☐	☐	Voet-/enkelpijn	☐	☐	Schouderproblemen	☐	☐	elle boog/ pols pijn	☐	☐	Kaakgewricht problemen	☐	☐	slechte houding

B. Neurologisch

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Angst	☐	☐	Depressie	☐	☐	Hoofdpijn	☐	☐	Duizeligheid	☐	☐	Pinnen / naalden	☐	☐	gevoelloosheid

C. Cardiovasculair

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Hoge bloeddruk	☐	☐	Lage Bloeddruk	☐	☐	Hoge cholesterol	☐	☐	Slechte circulatie	☐	☐	Angina	☐	☐	Overmatige Blauwe plekken

D. Ademhaling

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Astma	☐	☐	Apneu	☐	☐	Emfyseem	☐	☐	Hooikoorts	☐	☐	Korte adem	☐	☐	Longontsteking

E. Spijsvertering

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Anorexia/Boulimia	☐	☐	Zweer	☐	☐	Voedselgevoeligheid	☐	☐	Maagzuur	☐	☐	Constipatie	☐	☐	Diarree

F. Zintuigen

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Wazig zien	☐	☐	Oorsuizen	☐	☐	Gehoorverlies	☐	☐	Chronische oorontsteking	☐	☐	Reukverlies	☐	☐	Smaakverlies

G. Huidproblemen

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Huidkanker	☐	☐	Psoriasis	☐	☐	Eczema	☐	☐	Acne	☐	☐	Haarverlies	☐	☐	Uitslag

H. Endocriene

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Schildklierproblemen	☐	☐	Immuunstoornissen	☐	☐	Hypoglykemie	☐	☐	Frequente infectie	☐	☐	Gezwollen klieren	☐	☐	Lage energie

I. Urogenitale aandoeningen

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Nierstenen	☐	☐	Onvruchtbaarheid	☐	☐	Bedplassen	☐	☐	Prostaatproblemen	☐	☐	Erectieproblemen	☐	☐	PMS symptomen

J. Aanvullend

Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	Flauwvallen	☐	☐	Laag libido	☐	☐	Verminderde eetlust	☐	☐	Vermoeidheid	☐	☐	Plotse gewichts-toename/verlies	☐	☐	Zwakheid

Persoonlijke- , familie- en sociale- geschiedenis

Identificeer uw vorige gezondheidsgeschiedenis inclusief ongevallen met ziektes en behandelingen.

13. Aandoeningen

Kruis de aandoeningen die u **had** in het verleden of nu **heeft**.

Had	Heeft		Had	Heeft	
☐	☐	AIDS	☐	☐	Tuberculose
☐	☐	Alcoholisme	☐	☐	Tyfus
☐	☐	Allergieën	☐	☐	Zweren
☐	☐	Arteriosclerose	☐	☐	Andere: _____
☐	☐	Kanker	_____		
☐	☐	Waterpokken	_____		
☐	☐	Diabetes	_____		
☐	☐	Epilepsie	_____		
☐	☐	Glaucoom	_____		
☐	☐	Struma	_____		
☐	☐	Jicht			
☐	☐	Hartziekte			
☐	☐	Hepatitis			
☐	☐	HIV Positief			
☐	☐	Malaria			
☐	☐	Mazelen			
☐	☐	Multiple Sclerose			
☐	☐	De Bof			
☐	☐	Polio			
☐	☐	Reumatische koorts			
☐	☐	Roodvonk			
☐	☐	SOA			
☐	☐	Beroerte			

14. Operaties

Chirurgische ingrepen die al dan niet ziekenhuisopname omvatten.

☐ Appendix verwijdering
☐ Bypassoperatie
☐ Kanker
☐ Cosmetische chirurgie
☐ Electieve chirurgie : _____
_____
☐ Oog chirurgie
☐ Hysterectomie
☐ Pacemaker
☐ Ruggengraat: _____
_____
_____
☐ Tonsillectomie
☐ Vasectomie
☐ Andere: _____
_____
_____
_____
_____

15. Behandelingen

Kruis de behandelingen aan die u onderging in het **verleden** of **nu** ondergaat.

Verleden	Nu	
☐	☐	Accupunctuur
☐	☐	Antibiotica
☐	☐	Anticonceptie (de Pil)
☐	☐	Bloedtransfusie
☐	☐	Chemotherapie
☐	☐	Chiropractische zorg
☐	☐	Dialyse
☐	☐	Kruiden
☐	☐	Homeopathie
☐	☐	Hormoon vervanging
☐	☐	Inhalatietoestel
☐	☐	Massagetherapie
☐	☐	Kinesitherapie
☐	☐	Voedingssupplementen :
		_____
		_____
		_____
		_____
☐	☐	Medicatie:
		_____
		_____
		_____
		_____
		_____
		_____

16. Verwondingen

Hebt u/ Bent u ooit:

☐ een fractuur of gebroken been gehad
☐ een ruggengraat of zenuwaandoening gehad
☐ bewusteloos geslagen
☐ verwond geraakt in een ongeluk
☐ krukken of ander ondersteunmiddel gebruikt
☐ een nek- of rug brace gebruikt
☐ een tattoo
☐ een piercing

17. Familiegeschiedenis

Sommige aandoeningen zijn erfelijk. Informeer uw chiropractor over de gezondheid van uw directe familieleden

Familielid	Leeftijd	Status van gezondheid		Aandoeningen	Leeftijd overlijden	Oorzaak van overlijden	
		Goed	Slecht			Natuurlijk	Ziekte
Moeder	_____	☐	☐	_____	_____	☐	☐
Vader	_____	☐	☐	_____	_____	☐	☐
Zus 1	_____	☐	☐	_____	_____	☐	☐
Zus 2	_____	☐	☐	_____	_____	☐	☐
Broer 1	_____	☐	☐	_____	_____	☐	☐
Broer 2	_____	☐	☐	_____	_____	☐	☐
_____	_____	☐	☐	_____	_____	☐	☐

18. Sociale geschiedenis

Informeer uw chiropractor over uw gezondheidsgewoonten en stress levels.

Alcoholgebruik	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____	Gebed of meditatie?	☐ Ja	☐ Nee
Koffiegebruik	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____	Werkdruk / Stress	☐ Ja	☐ Nee
Tabakgebruik	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____	Financiële gerustheid	☐ Ja	☐ Nee
Beweging	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____	Gevaccineerd?	☐ Ja	☐ Nee
Pijnstillers	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____	Kwikvullingen?	☐ Ja	☐ Nee
Frisdrank	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____	Recreatiedrugs?	☐ Ja	☐ Nee
Waterinname	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____			

Hobby's: _____

19. Activiteiten en dagelijks leven

Hoe beïnvloedt deze toestand momenteel uw leven en uw vermogen om te functioneren?

	Niet	Mild	Matig	Ernstig		Niet	Mild	Matig	Ernstig
Zitten	☐	☐	☐	☐	Boodschappen doen	☐	☐	☐	☐
Opstaan uit een stoel	☐	☐	☐	☐	Huishoudelijke taken	☐	☐	☐	☐
Staan	☐	☐	☐	☐	Objecten optillen	☐	☐	☐	☐
Wandelen	☐	☐	☐	☐	Reiken boven hoofdhoogte	☐	☐	☐	☐
Neerliggen	☐	☐	☐	☐	Douche of bad nemen	☐	☐	☐	☐
Trappen oplopen	☐	☐	☐	☐	Uzelf aankleden	☐	☐	☐	☐
Computer gebruiken	☐	☐	☐	☐	Liefdesleven	☐	☐	☐	☐
In-/ uitstappen uit de auto	☐	☐	☐	☐	Inslapen	☐	☐	☐	☐
Autorijden	☐	☐	☐	☐	In slaap blijven	☐	☐	☐	☐
Over uw schouder kijken	☐	☐	☐	☐	Concentreren	☐	☐	☐	☐
Voor familie zorgen	☐	☐	☐	☐	Bewegen	☐	☐	☐	☐

20. Wat is de grootste stressfactor in uw leven? _____

21. Hoeveel uren slaapt u gemiddeld per nacht? _____

22. Welk type matras heeft u , en wat is de leeftijd van uw matras en kussen? _____

_____

23. Wat is uw geprefereerde slaappositie? _____

24. Omschrijf u eetgewoonte: ☐ Ontbijt overslaan ☐ 2 maaltijden per dag ☐ 3 maaltijden per dag ☐ tussendoortjes

25. Wat zou het belangrijkste zijn dat je zou kunnen doen om je gezondheid te verbeteren? _____

_____

26. Ter aanvulling op de hoofdreden van uw bezoek vandaag, wat zijn aanvullende gezondheidsdoelen die u heeft?

_____

_____

Handtekening _____

Initialen Dokter

Datum _____