VERTROUWELIJKE
GEZONDHEIDSINFORMATIE

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

GENK CHIROPRACTIC CENTER

Datum
_____ `

Naam
_____

Voornaam
_____

Adres
_____

_____

Geboortedatum _____

Telefoonnummer_____

E-mail _____

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

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

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

Bij welk ziekenfonds bent u aangesloten?
☐ **Christelijke Mut.** ☐ **Socialistische Mut. (voorzorg)**
☐ **Liberale Mut.** ☐ **Andere**

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 _____

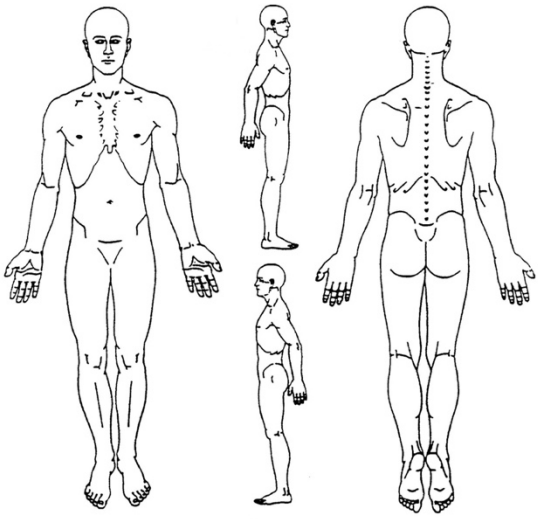
   ☐ Een verslechtend langdurig probleem

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 ze?)
   ☐ Constant ☐ Komt en gaat. Hoe vaak? _____

6. **Locatie** (Waar doet het pijn?) Duid de plaats(en) aan op de tekening.



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

_____

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

_____

9. 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	

10. 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

11. 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. Sociale geschiedenis

Informeer uw chiropractor over uw gezondheidsgewoonten en stress levels.

Alcoholgebruik	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____
Koffiegebruik	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____
Tabakgebruik	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____
Beweging	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____
Pijnstillers	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____
Frisdrank	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____
Waterinname	☐ Dagelijks	☐ Wekelijks	Hoeveel? _____

Werkdruk / Stress	☐ Ja	☐ Nee
Gevaccineerd?	☐ Ja	☐ Nee
Recreatiedrugs?	☐ Ja	☐ Nee

Hobby's: _____

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

20. Hoeveel uren slaapt u gemiddeld per nacht? _____

21. Wat is uw geprefereerde slaappositie? _____

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

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

_____

Handtekening _____ Initialen Dokter

Datum _____