

**VERTROUWELIJKE  
GEZONDHEIDSINFORMATIE**

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



Datum \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_

Heeft U ooit al een consultatie gehad bij een chiropractor?

Ja  Nee

Voornaam \_\_\_\_\_

Geslacht

Mannelijk  Vrouwelijk

Adres \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat

Alleenstaand  Getrouwd  
 Gescheiden  Weduwe(naar)

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Bij welk ziekenfonds bent u aangesloten?

Christelijke Mut.  Socialistische Mut. (voorzorg)  
 Liberale Mut.  Andere

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

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)

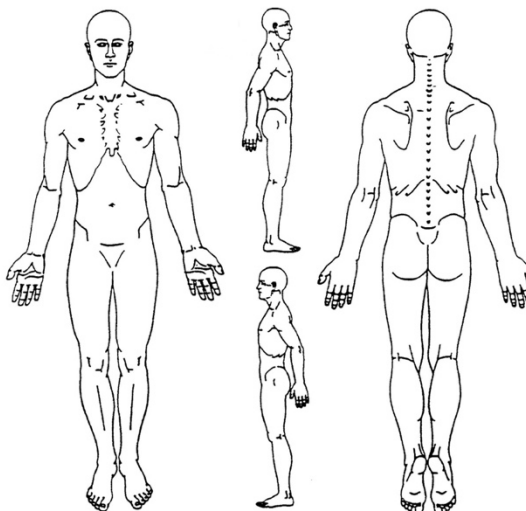
- Een ongeluk of blessure
  - Werk  Auto  Andere \_\_\_\_\_
- Een verslechterend langdurig probleem

3. Aanzet (Wanneer begonnen uw symptomen op te vallen?) \_\_\_\_\_

4. Intensiteit (Hoe extreem zijn uw huidige symptomen?) 0 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 10  
Afwegig 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?)

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Voorgescreven medicatie       | <input type="checkbox"/> Operatie    | <input type="checkbox"/> ijs           |
| <input type="checkbox"/> Niet voorgeschreven medicatie | <input type="checkbox"/> Acupunctuur | <input type="checkbox"/> Warmte        |
| <input type="checkbox"/> Homeopathische remedies       | <input type="checkbox"/> Chiropraxie | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinesitherapie                | <input type="checkbox"/> 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

- |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|--|--|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Osteoporose<br><input type="checkbox"/> Knieblessure | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Voet-/enkelpijn | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Scoliose<br><input type="checkbox"/> Schouderproblemen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Nekpijn<br><input type="checkbox"/> elle boog/ pols pijn | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Rugproblemen<br><input type="checkbox"/> Kaakgewricht problemen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> heupafwijking<br><input type="checkbox"/> slechte houding |
|---|---|---|---|--|--|

### B. Neurologisch

- |  |  |  |   |   |   |
|--|--|--|---|---|---|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Angst | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Depressie | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Hoofdpijn | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Duizeligheid | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Pinnen / naalden | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> gevoelloosheid |
|--|--|--|---|---|---|

### C. Cardiovasculair

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Lage Bloeddruk | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Hoge cholesterol | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Slechte circulatie | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Angina | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Overmatige<br>Blauwe plekken |
|---|---|---|---|---|---|

### D. Ademhaling

- |  |  |   |   |   |   |
|--|--|---|---|---|---|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Astma | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Apneu | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Emfyseem | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Hooikoorts | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Korte adem | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Longontsteking |
|--|--|---|---|---|---|

### E. Spijsvertering

- |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|---|--|--|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Anorexia/Boulimia | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Zweer | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Voedselgevoeligheid | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Maagzuur | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Constipatie | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Diarree |
|--|--|--|---|--|--|

### F. Zintuigen

- |   |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|---|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Wazig zien | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Oorsuizen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Gehoorverlies | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Chronische<br>oorontsteking | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Reukverlies | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Smaakverlies |
|---|--|--|--|--|---|

### G. Huidproblemen

- |   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Huidkanker | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Psoriasis | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Eczema | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Acne | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Haarverlies | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Uitslag |
|---|--|---|---|--|--|

### H. Endocriene

- |   |   |   |  |  |   |
|---|---|---|--|--|---|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Schildklierproblemen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Immuunstoorissen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Hypoglykemie | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Frequentie infectie | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Gezwollen klieren | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Lage energie |
|---|---|---|--|--|---|

### I. Urogenitale aandoeningen

- |   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Nierstenen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Onvruchtbaarheid | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Bedplassen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Prostaatproblemen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Erectieproblemen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> PMS symptomen |
|---|---|---|--|---|--|

### J. Aanvullend

- |   |  |  |   |  |   |
|---|--|--|---|--|---|
| <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Flauwallen | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Laag libido | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Verminderde eetlust | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Vermoeidheid | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Plotse gewichts-<br>toename/verlies | <b>Had Heeft</b><br><input type="checkbox"/> Zwakheid |
|---|--|--|---|--|---|

