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
_____

_____

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

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

Geboortedatum _____

Telefoonnummer _____

E-mail _____

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 _____

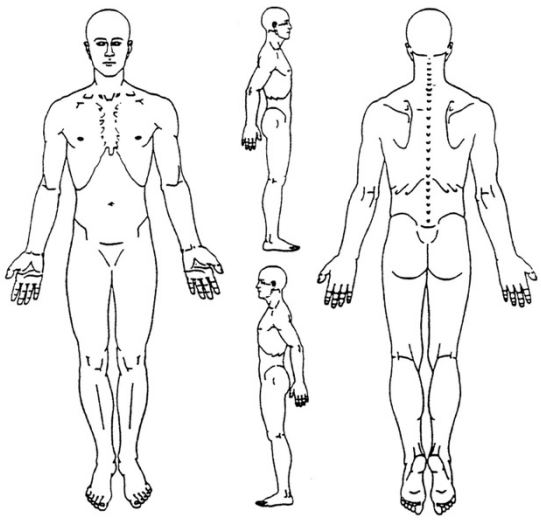
☐ Een verslechtend langdurig probleem

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

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?_____

Recreatiedrugs? ☐ Ja ☐ Nee
Hobby's: _____

18. Heeft u stress of werkdruk? Indien ja, in welke mate is dit aanwezig?

0 ○-○-○-○-○-○-○-○-○-○ **10**

Afwezig Matig Hoge stress/werkdruk

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

20. Hoe is uw slaapkwaliteit?

☐ Ik slaap de hele nacht ononderbroken door
☐ Ik word vaak wakker

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

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

_____

Handtekening _____