

DATUM:



INTAKE FORMULIER

GENK CHIROPRACTIC CENTER

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

NAAM & VOORNAAM:

ADRES:

GEBOORTEDATUM:

TELEFOONNUMMER:

E-MAIL:

GESLACHT

Mannelijk

Vrouwelijk

1. Van **welke symptomen** heeft u momenteel last? / Waarvoor wilt u chiropractische zorg?

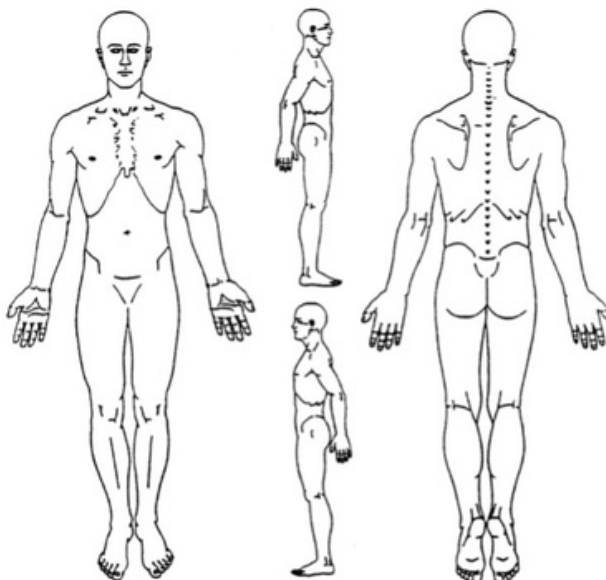
2. **Wanneer** zijn de symptomen begonnen?

3. Hoe extreem zijn uw huidige symptomen op een schaal van 0-10? _____ (nummer)

4. Hoe vaak voelt u de symptomen? Constant Komt en gaat

5. Voelt u de pijn doorvloeien naar andere plaatsen in uw lichaam (radiatie)?

6. Waar voelt u de pijn? Duid de plaats(en) aan op de tekening.



7. 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 momenteel heeft.

A. Muscoskeletaal

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Voet-/ enkelpijn | <input type="checkbox"/> Schouderproblemen | <input type="checkbox"/> Rugproblemen |
| <input type="checkbox"/> Knieblessure | <input type="checkbox"/> Scoliose | <input type="checkbox"/> Nekpijn | <input type="checkbox"/> Heupafwijking |
| | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Elleboog/ polspijn | <input type="checkbox"/> Slechte houding |

B. Neurologisch

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Depressie | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> Tintelingen |
| | | <input type="checkbox"/> Duizeligheid | <input type="checkbox"/> Gevoelloosheid |

C. Cardiovasculair

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> Hoge cholesterol | <input type="checkbox"/> Angina |
| | | <input type="checkbox"/> Slechte circulatie | <input type="checkbox"/> Overmatige blauwe plekken |

D. Ademhaling

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

E. Spijsvertering

- | | | | |
|--------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Zweer | <input type="checkbox"/> Voedselgevoeligheid | <input type="checkbox"/> Maagzuur | <input type="checkbox"/> Constipatie |
| | | <input type="checkbox"/> Diaree | <input type="checkbox"/> Anorexia/ Boulemlia |

F. Zintuigen

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

G. Huidaandoeningen

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

H. Endocriene aandoeningen

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hypoglykemie | <input type="checkbox"/> Lage energie | <input type="checkbox"/> Frequentie infectie | <input type="checkbox"/> Immuunstoornissen |
| | | <input type="checkbox"/> Gezwollen klieren | <input type="checkbox"/> Schildklierproblemen |

I. Urogenitale aandoeningen

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nietstenen | <input type="checkbox"/> Onvruchtbaarheid | <input type="checkbox"/> Bedplassen | <input type="checkbox"/> Erectieproblemen |
| | | <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen | <input type="checkbox"/> PMS symptomen |

J. Aanvullend

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Flauwvallen | <input type="checkbox"/> Laag libido | <input type="checkbox"/> Verminderde eetlust | <input type="checkbox"/> Zwakheid |
| | | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid | <input type="checkbox"/> Plotse gewichtstoename-/verlies |

10. Neemt u momenteel geneesmiddelen of supplementen? Indien ja, welke?

11. **Operaties** (Chirurgische ingrepen die al dan niet ziekenhuisopname omvatten)

- Appendix verwijdering
- Bypassoperatie
- Kanker
- Cosmetische chirurgie _____
- Oog chirurgie
- Hysterectomie
- Pacemaker
- Wervelkolom _____
- Amandelen verwijderd
- Vasectomie
- Andere:

10. **Aandoeningen** (Kruis de aandoeningen aan die u had of momenteel heeft.)

- AIDS
- Alcoholisme
- Allergieën _____
- Arteriosclerose _____
- Diabetes
- Epilepsie
- Hartziekte
- Multiple sclerose
- Andere:

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

- 0 10
- Afwezig Matig Hoog

13. **Hoe is uw slaapkwaliteit**

- Ik slaap de hele nacht ononderbroken door.
- Ik wordt vaak wakker.

14. **Wilt u nog iets vermelden die de chiropractor moet weten?**

Handtekening _____