

# Intakeformulier Chiropractie Oegstgeest

Dossiernummer .....

Naam : ..... Voornaam : ..... Geboortedatum : ..... Adres : ..... Postcode : ..... Woonplaats : ..... Telefoonnr. : ..... Mobiele nr. : ..... E-mail : .....	Gehuwd / ongehuwd : ..... Aantal kinderen : ..... <b>Verzekering en nr.</b> : ...../..... Huisarts : ..... Vestiging huisarts : ..... Beroep : ..... Werkt u momenteel : Ja / Nee..... Hobby's / Sport : ..... Verwezen door : ..... <b>BSN nummer</b> : .....
--	---

**Wat is de belangrijkste klacht en wanneer is deze begonnen?**

.....  
 .....

**Hoe is de klacht ontstaan?**

.....  
 .....  
 .....

**Is er sprake van uitstraling?**

- |                                     |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arm links  | <input type="checkbox"/> Arm rechts  |
| <input type="checkbox"/> Been links | <input type="checkbox"/> Been rechts |

**Bent u voor uw klacht(en) onder behandeling geweest bij een andere specialist of chiropractor?**

.....  
 .....  
 .....

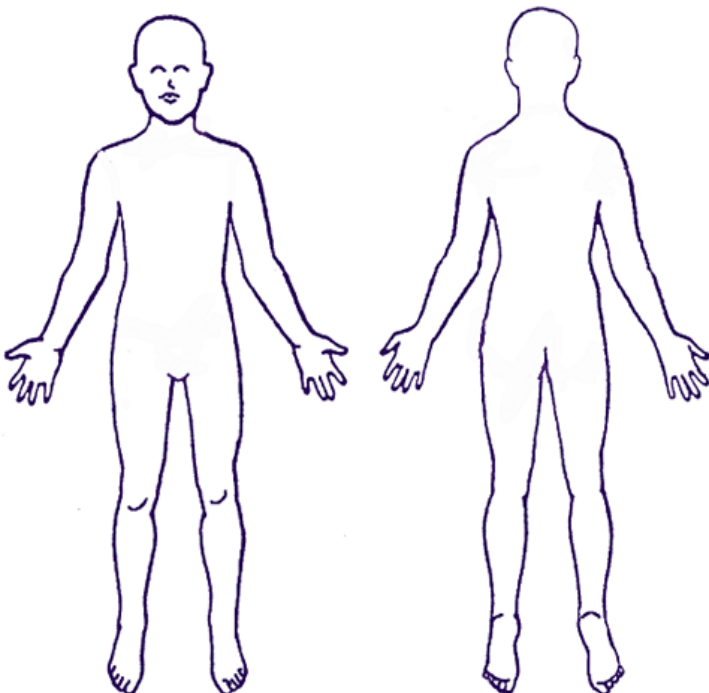
**Klacht wordt erger met:**

- |  |                                 |                                  |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zitten            | <input type="checkbox"/> Lopen  | <input type="checkbox"/> Staan   |
| <input type="checkbox"/> Bukken            | <input type="checkbox"/> Liggen | <input type="checkbox"/> Bewegen |
| <input type="checkbox"/> Hoesten           | <input type="checkbox"/> Niezen | <input type="checkbox"/> Persen  |
| <input type="checkbox"/> Het hoofd draaien |                                 |                                  |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: |                                 |                                  |

**Klacht neemt af met:**

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zitten           | <input type="checkbox"/> Lopen  | <input type="checkbox"/> Staan   |
| <input type="checkbox"/> Bukken           | <input type="checkbox"/> Liggen | <input type="checkbox"/> Bewegen |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |                                 |                                  |

**Geef aan waar de klacht zit**



**Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van:**

- |  |                             |                                   |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn                         | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Duizeligheid                      | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Oorsuizingen                      | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Slapeloosheid                     | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheid                      | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Depressie                         | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Aangezichtspijn L / R             | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Slechte eetlust                   | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Keel- / neus- / oor- of oogklacht | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Oorontsteking L / R               | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Bijholteontsteking                | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Voorhoofdsholteontsteking         | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Migraine                          | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Flauwvallen                       | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Doofheid L / R                    | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Allergieën                        | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |
| <input type="checkbox"/> Nervositeit                       | <input type="checkbox"/> Nu | <input type="checkbox"/> Verleden |

<b>Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van hart- en vaatproblemen</b>		<b>Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van problemen aan uw luchtwegen</b>	
<input type="checkbox"/> Hartproblemen	<input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> verleden	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Beroerte	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Longontsteking	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Lage bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Emfyseem	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Spataderen L / R	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Hooikoorts	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Slechte circulatie	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Pijn in de borst	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Zwelling in de enkels	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Chronische hoest	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Bloedarmoede	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Ophoesten van bloed	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
		<input type="checkbox"/> Ophoesten van slijm	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden

**Heeft u op dit moment last van / of in het verleden last gehad van uw maag en / of ingewanden?**

<input type="checkbox"/> Maagpijn	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Aambeien	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Maagzweer	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Winderigheid	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Maagbreuk	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Blaas, urineweg problemen	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Galproblemen	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Nierontsteking	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Leverproblemen	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Prostaatproblemen	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Constipatie	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Incontinentie	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden
<input type="checkbox"/> Diarree	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Blindedarmonsteking	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden

**Heeft u een chronische aandoening? Zo ja, welke?**

.....

.....

<b>Hoe slaapt u?</b>	<b>Gebruikt u:</b>
<input type="checkbox"/> Rug	<input type="checkbox"/> Steunzolen
<input type="checkbox"/> Zij	<input type="checkbox"/> Hakverhogingen L / R
<input type="checkbox"/> Buik	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
<input type="checkbox"/> Wisselend	.....

**Gewoontes:**

Eetlust	<input type="checkbox"/> Veel	<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Weinig	<input type="checkbox"/> Geen
Koffie	<input type="checkbox"/> Veel	<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Weinig	<input type="checkbox"/> Geen
Alcohol	<input type="checkbox"/> Veel	<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Weinig	<input type="checkbox"/> Geen
Lichaamsbeweging	<input type="checkbox"/> Veel	<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Weinig	<input type="checkbox"/> Geen
Slaap	<input type="checkbox"/> Veel	<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Weinig	<input type="checkbox"/> Geen
Roken	<input type="checkbox"/> Veel	<input type="checkbox"/> Normaal	<input type="checkbox"/> Weinig	<input type="checkbox"/> Geen

<b>Overige informatie die van belang kan zijn:</b>	<b>Heeft u nog opmerkingen?</b>
Ongevallen.....	.....
Botbreuken.....	.....
Operaties.....	.....
Ziekenhuisopnamen.....	
Mentale ziekten.....	Datum:.....-.....-.....
Medicijnen die u neemt en waarvoor.....	Handtekening:
.....	