

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

Wat is de belangrijkste klacht en wanneer is deze begonnen?

.....
.....

Hoe is de klacht ontstaan?

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

Is er sprake van uitstraling?

- Arm links Arm rechts
 Been links Been rechts

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

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

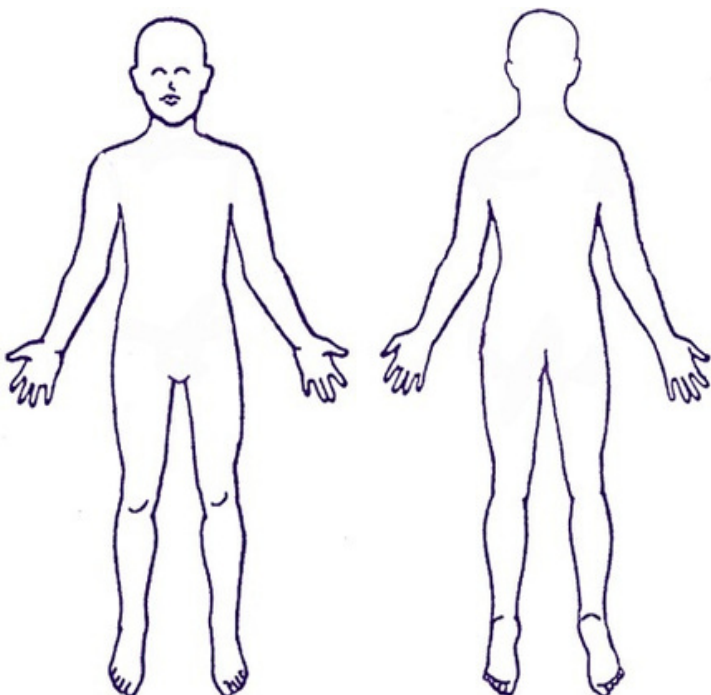
Klacht wordt erger met:

- | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <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 |

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

Heeft u een chronische aandoening? Zo ja, welke?

.....

.....

Hoe slaapt u?	Gebruikt u:
<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

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