

Intakeformulier Chiropractie Roerdalen

| | |
|---------------|--------------------|
| Naam | Gehuwd / ongehuwd |
| Voornaam | Verzekering |
| Geboortedatum | Verzekeringsnummer |
| Adres | BSN nummer |
| Postcode | Huisarts |
| Woonplaats | Vestiging huisarts |
| Telefoonnr. | Beroep |
| Mobiele nr. | Hobby's / Sport |
| E-mail | Verwezen door |

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?

.....

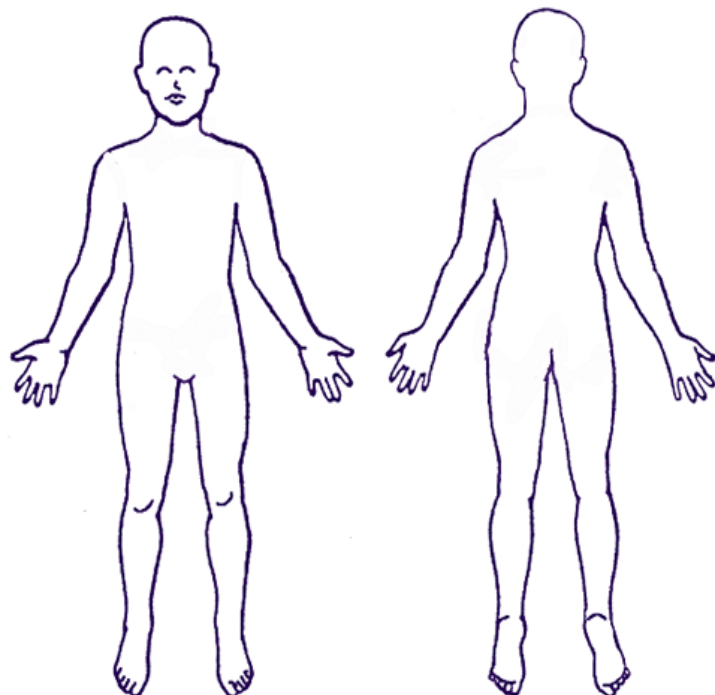
Klacht wordt erger met:

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

| 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"/> Astma |
| <input type="checkbox"/> Beroerte | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Longontsteking |
| <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> Emfyseem |
| <input type="checkbox"/> Spataderen L / R | <input type="checkbox"/> Hooikoorts |
| <input type="checkbox"/> Slechte circulatie | <input type="checkbox"/> Pijn in de borst |
| <input type="checkbox"/> Zwelling in de enkels | <input type="checkbox"/> Chronische hoest |
| <input type="checkbox"/> Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> Ophoesten van bloed |
| | <input type="checkbox"/> Ophoesten van slijm |

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: Ongevallen..... Botbreuken..... Operaties..... Ziekenhuisopnamen..... Mentale ziekten..... Medicijnen die u neemt en waarvoor..... | Heeft u nog opmerkingen? Stelt u het op prijs dat wij uw huisarts informeren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee Datum:.....-.....-..... Handtekening: |
|--|---|