

Intakeformulier Chiropractie Holystaete

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?

- Arm links Arm rechts
 Been links Been rechts

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

.....

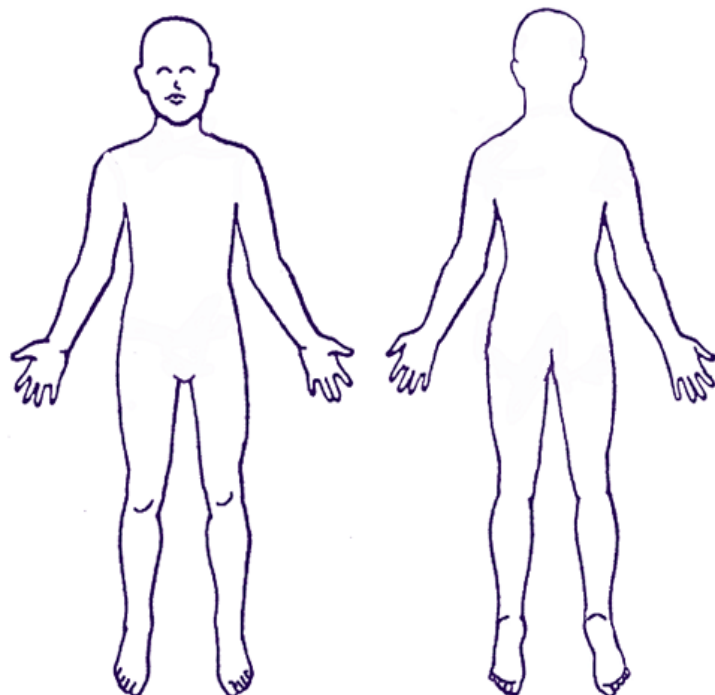
Klacht wordt erger met:

- | | | |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| <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"/> Beroerte <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk <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"/> Slechte circulatie <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"/> Bloedarmoede <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Longontsteking <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Emfyseem <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Hooikoorts <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"/> Chronische hoest <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"/> Maagzweer <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Maagbreuk <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Galproblemen <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Leverproblemen <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Constipatie <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Diarree <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden	<input type="checkbox"/> Aambeien <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Winderigheid <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"/> Nierontsteking <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Prostaatproblemen <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Verleden <input type="checkbox"/> Incontinentie <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"/> Zij <input type="checkbox"/> Buik <input type="checkbox"/> Wisselend	<input type="checkbox"/> Steunzolen <input type="checkbox"/> Hakverhogingen L / R <input type="checkbox"/> Anders, namelijk

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:
--	---