

Vertrouwelijk Patiënt Formulier

Naam: _____

Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Nationaliteit: _____

Telefoon (privée): _____

Telefoon (GSM): _____

Telefoon (werk): _____

Email: _____

Hoe heeft u van ons gehoord? _____

Beroep: _____ Werkt u momenteel? Ja / Nee / Minder dan normal

Wat doet/deed u precies (bv. 20% rijden, 30% tillen, 50% kantoor)

Hobby's: (bv. 2 uur per dag lezen, 1 uur hardlopen, 3x/week)

Burgerlijke status: _____ Leeftijd kinderen (indien van toepassing): _____

Huisarts: _____

Adres huisarts: _____

Uw laatste keer bij de huisarts? _____

Uw laatste keer aan het ziekenhuis? _____

Operaties gehad: _____

Ongevallen/Ongelukken: _____

Medicaties (actuele en in het verleden): _____

Mogen wij contact opnemen met uw huisarts? Ja / Nee

Lengte: _____ Gewicht: _____ Recente veranderingen van gewicht: _____

Heeft u nu of in het verleden last gehad van gezondheidsproblemen?

Reuma: _____

Nieren/Blaas: _____

Maag/Darmen: _____

Longen: _____

Oren: _____

Ogen: _____

Evenwichtsstoornis/Duizeligheid: _____

Mond/Keel: _____

Neus/Sinus: _____

Depressie: _____

Suikerziekte: _____

Bloeddruk: _____

Andere problemen van het hart of bloedvaten: _____

Overgangs problemen: _____

Menstruatiepijn: _____

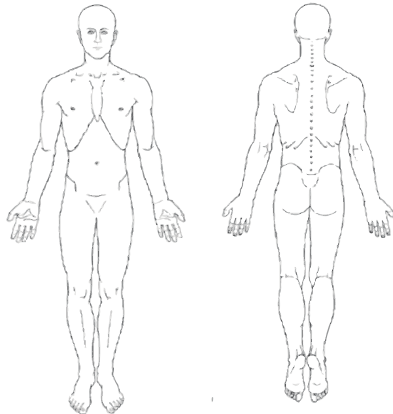
Slaapstoornis: _____

Andere gezondheidsproblemen: _____

Klacht 1

Wanneer is de klacht begonnen? _____

Geef op de tekening aan waar uw klacht is:



- zeurend brandend stekend
 krampen stijfheid dofheid
 constant dagelijks wisselend

Hoe schat u de pijn in? (0 = geen pijn, 10 = erg)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hoeveel beperkt voelt u door de klacht?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hoe is het probleem begonnen?

- plotseling geleidelijk

Wat was de oorzaak, als u het weet?

Wat maakt het erger?

- Zitten Liggen Lopen
 Beweging Staan Bukken
 Het hoofd draaien Hoesten/niezen

Wat maakt het beter?

- Zitten Liggen Lopen
 Beweging Staan Oefeningen
 Bukken Sporten

Behandeling al gehad:

- Chiropractor Huisarts
 Neuroloog Fysiotherapeut
 Acupunctuur Orthooped
 Andere: _____

Onderzoeken:

- X-rays/MRI: _____
 Bloed Onderzoek: _____
 Andere: _____

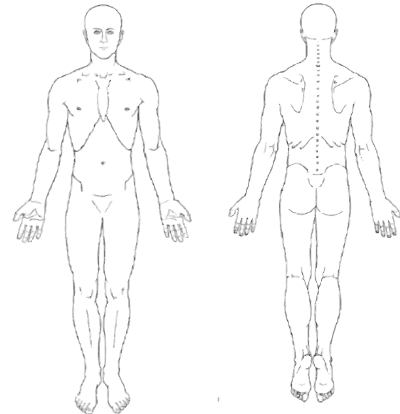
Andere Klachten: _____

Handtekening: _____

Klacht 2

Wanneer is de klacht begonnen? _____

Geef op de tekening aan waar uw klacht is:



- zeurend brandend stekend
 krampen stijfheid dofheid
 constant dagelijks wisselend

Hoe schat u de pijn in? (0 = geen pijn, 10 = erg)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hoeveel beperkt voelt u door de klacht?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hoe is het probleem begonnen?

- plotseling geleidelijk

Wat was de oorzaak, als u het weet?

Wat maakt het erger?

- Zitten Liggen Lopen
 Beweging Staan Bukken
 Het hoofd draaien Hoesten/niezen

Wat maakt het beter?

- Zitten Liggen Lopen
 Beweging Staan Oefeningen
 Bukken Sporten

Behandeling al gehad:

- Chiropractor Huisarts
 Neuroloog Fysiotherapeut
 Acupunctuur Orthooped
 Andere: _____

Onderzoeken:

- X-rays/MRI: _____
 Bloed Onderzoek: _____
 Andere: _____

Datum: _____