

BrusselsChiropractic

Informations Confidentielles du Patient

Nom de famille: _____ Téléphone (maison): _____
Prénom(s): _____ Téléphone (mobile): _____
Date de naissance: _____ Téléphone (travail): _____
Adresse: _____ Email: _____
Code Postal: _____ Comment avez-vous eu connaissance de cette clinique?
Nationalité: _____

Profession: _____ Travaillez-vous actuellement? Oui / Non / Moins que d'habitude
Durant votre travail, quelle est précisément votre occupation?

Hobbies: (ex. lecture 2 h / jour, courir 3 fois / semaine...)

Statut marital: _____ Age des enfants: _____

Médecin généraliste: _____
Adresse: _____
Date de la dernière visite? _____
Date de la dernière hospitalisation? _____
Opérations: _____

Accidents ou chutes: _____

Prise(s) de médicaments actuelle(s) et antérieure(s): _____

Avons-nous votre permission pour nous entretenir avec votre généraliste ou votre spécialiste? oui/non

Mesure: _____ Poids: _____ Changement de poids récent: _____

Avez-vous un problème (si oui, lequel), ou aviez-vous un ou plusieurs des problème suivants?

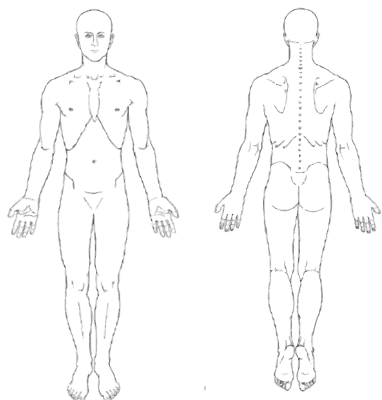
Arthrite: _____ Dépression: _____
Reins - Vessie: _____ Diabète: _____
Estomac - Intestins: _____ Pression artérielle: _____
Poumons: _____ Problèmes cardiaques ou de circulation sanguine: _____
Oreilles: _____ Ménopause: _____
Yeux: _____ Problèmes menstruels: _____
Vertiges: _____ Troubles du sommeil: _____
Bouche - Gorge: _____
Nez/Sinus: _____

D'autres problèmes médicaux: _____

Plainte 1

Quand s'est posé le problème la première fois?

Indiquez sur le schéma où se situe la douleur/gêne:



- douleur brûlure vif/aigu
 crampes raideur engourdi
 constant quotidien périodique

A quelle échelle se situe la douleur?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dans quelle mesure cela affecte votre vie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment le problème a t'il commencé?

- graduellement soudainement

Qu'elle en était la cause?

Est-ce pire lorsque vous... ?

- Êtes assis Êtes couché Marchez
 Bougez Restez debout Courbez
 Tournez la tête Toussez/Éternuez

Est-ce mieux lorsque vous... ?

- Êtes assis Êtes Couché Marchez
 Bougez Restez debout Courbez
 Faites du sport Faites des exercices

Avez-vous déjà visité un... ?

- Chiropracteur Médecin généraliste
 Neurologue Kinésithérapeute
 Acupuncteur Orthopédiste
 Autres: _____

Autres examens médicaux:

- IRM/Radiographie: _____
 Tests sanguins: _____
 Autres: _____

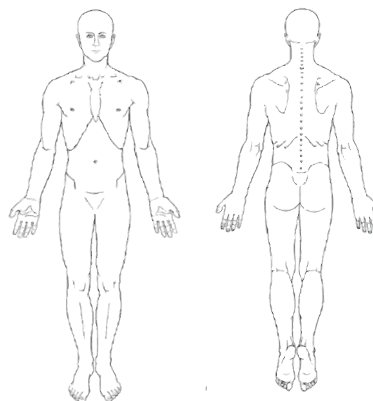
Autres plaintes: _____

Signature: _____

Plainte 2

Quand s'est posé le problème la première fois?

Indiquez sur le schéma où se situe la douleur/gêne:



- douleur brûlure vif/aigu
 crampes raideur engourdi
 constant quotidien périodique

A quelle échelle se situe la douleur?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dans quelle mesure cela affecte votre vie?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Comment le problème a t'il commencé?

- graduellement soudainement

Qu'elle en était la cause?

Est-ce pire lorsque vous... ?

- Êtes assis Êtes couché Marchez
 Bougez Restez debout Courbez
 Tournez la tête Toussez/Éternuez

Est-ce mieux lorsque vous... ?

- Êtes assis Êtes Couché Marchez
 Bougez Restez debout Courbez
 Faites du sport Faites des exercices

Avez-vous déjà visité un... ?

- Chiropracteur Médecin généraliste
 Neurologue Kinésithérapeute
 Acupuncteur Orthopédiste
 Autres: _____

Autres examens médicaux:

- IRM/Radiographie: _____
 Tests sanguins: _____
 Autres: _____

Date: _____