

PATIËNTINFORMATIE

Naam _____
Voornaam _____ Achternaam _____ Initialen _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Telefoonnummer privé _____

Mobiele nummer _____

Email _____

Geslacht M V Geboortedatum _____

Gehuwd Weduwe Gescheiden Minderjarig

Ongehuwd Weduwnaar Samenwonend

Verzekering _____

Verzekeringsnummer _____

BurgerServiceNummer _____

Huisarts _____

Beroep _____

Aantal kinderen _____

Bent u nu zwanger? Ja Nee

Wie kunnen wij bedanken dat hij/zij u heeft doorverwezen?

HOE KUNNEN WIJ U HELPEN?

Beschrijf uw belangrijkste klacht _____

Wanneer had u voor het eerst klachten? _____

Hoeveel pijn ervaart u? (omcirkel)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

Geen pijn

Heel veel pijn

Klacht neemt toe bij?

- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Hoesten / niezen
- Anders _____

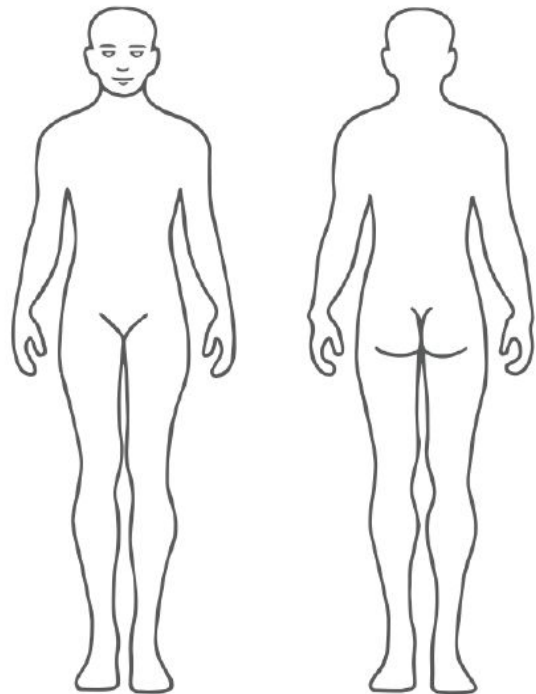
Klacht neemt af bij?

- Zitten
- Lopen
- Staan
- Bukken
- Liggen
- Beweging
- Anders _____

Hoe voelt het voor u? Kruis aan wat van toepassing is.

- Gevoelloosheid Brandende pijn
- Tintelingen Stekende pijn
- Stijfheid Zeurende pijn
- Kramp Anders _____

Geef de gebieden aan waar u klachten ervaart:



DE IMPACT VAN UW SYMPTOMEN

In hoeverre belemmeren deze symptomen u in uw dagelijkse leven? Kruis aan indien van toepassing.

	Geen effect	Mild effect	Matig effect	Ernstig effect		Geen effect	Mild effect	Matig effect	Ernstig effect
Werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sporten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creativiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geduld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Productiviteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtrust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dagelijkse verzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DESKUNDIGEN

U bent voor deze klachten onder behandeling geweest bij :

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geen andere disciplines | <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Neuroloog | <input type="checkbox"/> Orthopeed |
| <input type="checkbox"/> Chiropractor | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Manueel Therapeut | <input type="checkbox"/> Anders _____ |

GEZONDHEID & ZIEKTEGESCHIEDENIS

Vink aan wat op u van toepassing is :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn/migraine | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Beroerte / TIA |
| <input type="checkbox"/> Nekpijn | <input type="checkbox"/> Jicht | <input type="checkbox"/> Spijsverteringsproblemen | <input type="checkbox"/> Oorsuizen |
| <input type="checkbox"/> Rugpijn | <input type="checkbox"/> Reuma | <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Kaakproblemen | <input type="checkbox"/> Auto-immuunziekte | <input type="checkbox"/> Depressie | <input type="checkbox"/> Röntgenfoto's / MRI |
| <input type="checkbox"/> Schouderproblemen | <input type="checkbox"/> Schildklierafwijking | <input type="checkbox"/> Duizeligheid | <input type="checkbox"/> Ongevallen |
| <input type="checkbox"/> Elleboog/pols/hand problemen | <input type="checkbox"/> Aderverkalking | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid | <input type="checkbox"/> Botbreuken |
| <input type="checkbox"/> Heupproblemen | <input type="checkbox"/> Slechte circulatie | <input type="checkbox"/> Aangezichtspijn | <input type="checkbox"/> Operaties |
| <input type="checkbox"/> Voet/enkel problemen | <input type="checkbox"/> Cardiovasculaire problemen | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerose | <input type="checkbox"/> Roken |
| <input type="checkbox"/> Scoliose | <input type="checkbox"/> Anders _____ | | |

MEDICATIE & SUPPLEMENTEN

Medicatie (lijst)

Supplementen (lijst)

Wat zijn uw doelen m.b.t. uw gezondheid?

- Onmiddellijk _____
- Op korte termijn _____
- Op lange termijn _____