

VRAGENLIJST VOOR INTAKE GESPREK

Naam:

Voornaam:

Geslacht: M / V (omcirkel keuze)

Geboortedatum: (DD/MM/YY)

Leeftijd:

BSN nummer:

Lengte:

Gewicht:

Is uw gewicht stabiel: Ja Neen

Adres: Huisnummer:.....

Postcode: Woonplaats:

Telefoon (privé): Tel werk:.....

Email:@.....

Beroep:

Rijd U veel auto?: Ja Neen Aantal uren autorijden per week

Werkt U veel achter PC: Ja Neen Aantal uren P.C. per week

Bent u momenteel in staat om te werken: Ja Neen Bedrijfsarts/Arbo ingeschakeld

Sport/Hobby's:
.....

Bent u: ongehuwd samenwonend weduw(e)(naar) gehuwd gescheiden

Aantal Kinderen: Aantal Kleinkind(eren):

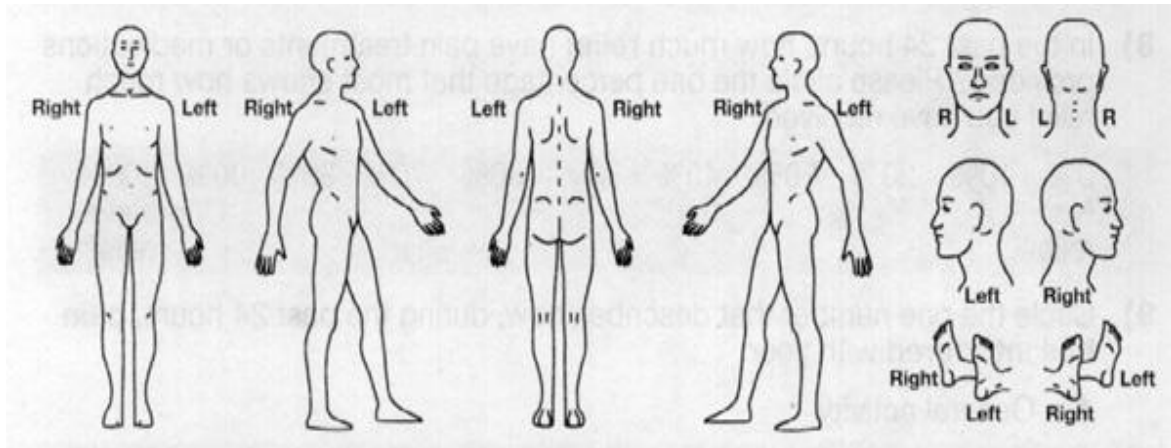
Noodgevallen contact persoon: Telefoon:

Huisarts: Woonplaats Huisarts:

Verwezen door: familie/kennis huis(arts) anders, nl:

Bent u al eerder onder behandeling geweest: Ja Neen

Zo ja, bij: Chiropractor Huisarts Fysiotherapeut
 Orthopeed Neuroloog Andere:



Hoofdprobleem:

- Hoofdpijn Nekpijn Bovenrugpijn Midden rugpijn Onderrugpijn
 Voeten Armen Benen Heeft u nog ander klachten:

.....

Welke cijfer geeft u de pijn/klachten: (geen) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 (ergst)

Heeft u nog andere klachten of klachten gehad

- Hoofdpijn
- Neus Keel Oor
- Beroerte
- Hart en bloedvaten
- Longen en Ademhaling
- Duizeligheid
- Gevoelloosheid/Tintelingen
- Kanker
- Kaakproblemen
- Zwangerschap
- Depressie
- Schildklierafwijking
- Astma
- Epilepsie
- Suikerziekte
- Reuma
- Drugsgebruik
- Alcoholisme
- Blaas – nier
- Huidproblemen
- Angsten
- Allergieën
- Zenuwachtigheid
- Vermoeidheid
- Geheugenproblemen
- Concentratieproblemen
- Slaapstoornissen
- Maag en ingewanden
- Andere:

De klachten zijn:

- Pijnlijk
- Scherp
- Dof
- Stekend
- Uitstralend
- Tintelingen
- Kramp
- Brandend
- Andere:

De klachten trekken door naar:

Wanneer zijn de klachten ontstaan:

De pijn is het sterkst in de: Ochtend Middag Avond Nacht Hele dag

De klachten zijn: Geleidelijk Plotseling Wisselend aanwezig Constant aanwezig

De pijn wordt erger bij: Zitten Staàn Lopen Liggen Bukken
 Hoesten Bewegen Andere:

De pijn wordt minder bij: Zitten Staàn Lopen Liggen Bukken
 Hoesten Bewegen Andere:

Rookt u Ja, hoeveel?: ... Neen

Heeft u voldoende lichaamsbeweging: Ja Neen

Doet u aan sport: Ja Hoe vaak?: Neen

Krijgt u andere lichaamsbeweging: Ja Neen

Denkt u dat U gezond eet: Ja Neen

Waaruit bestaat Uw normale voeding?

Heeft u voldoende slaap: Ja, Hoeveel uur per nacht: Neen

Hoe is uw slaaphouding: Rug Linkerzij Rechterzij Buik

Heeft u last van: stress spanning emoties zorgen
 Andere:

Draagt u steunzolen en of hiel of hakverhoging: Ja Neen

Heeft u een familiegeschiedenis van:

- Hoofdpijn
- Neus Keel Oor
- Beroerte
- Hart en bloedvaten
- Longen en Ademhaling
- Duizeligheid
- Gevoelloosheid/Tintelingen
- Kanker
- Kaakproblemen
- Zwangerschap
- Depressie
- Schildklierafwijking
- Astma
- Epilepsie
- Suikerziekte
- Reuma
- Drugsgebruik
- Alcoholisme
- Blaas – nier
- Huidproblemen
- Angsten
- Allergieën
- Zenuwachtigheid
- Vermoeidheid
- Geheugenproblemen
- Concentratieproblemen
- Slaapstoornissen
- Maag en ingewanden
- Andere:

Gebruikt u momenteel medicatie of voedingssupplementen: Ja Neen

 Zo ja, Welke:

Heeft u operaties ondergaan, een ongeval of botbreuk gehad: Ja Neen

 Zo ja, Welke:

Zijn er röntgen, MRI/scans of bloed/urinetesten genomen: Ja Neen

 Zo ja, Waar:

 Wanneer:

 Waarvoor:

Aldus naar waarheid ingevuld,

Datum:

Patiënt Handtekening: