

Vragenlijst betreffende relevante informatie voor een optimale behandeling.

Deze vragen dragen bij aan het tot stand komen van een optimaal behandelresultaat en zeker ook aan uw eigen veiligheid. Met de verkregen informatie zal respectvol worden omgegaan en alleen gericht zijn op uw behandeling in mijn praktijk.

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Emailadres:	
Beroep:	
Sport / hobby's:	
Huisarts / behandelend specialist / therapeut:	
Polisnr. + naam ziektekosten- verzekeringssmijs:	
Medicijngebruik:	
Wat is u voornaamste klacht?	
Geef een cijfer aan uw pijn (0 = geen pijn, 10 = ondraaglijk)	
Welke houding of activiteit verergert de pijn? (Bijv. lopen, zitten, bukken, etc.)	
Komen er erfelijke ziekten (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoen- ingen etc.) in uw familie voor?	

Ziektegeschiedenis

Kunt u in chronologische volgorde omschrijven:

- Welke (kinder)ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt meegemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als kinderziektes, amandelenknippen, eczeem, verstuikingen, tandheelkundige behandelingen kunnen van belang zijn.
- Eventuele zwangerschappen en het verloop ervan.
- Belangrijke gebeurtenissen in uw leven (bijv. echtscheiding, overlijden, depressies, burn-out).
- Bezoeken aan landen buiten Europa

Ziektegeschiedenis:	
Welke ziekte/gebeurtenis was het zwaarst in uw leven?	

Wilt u hier aangeven welke punten op u van toepassing zijn? (S.v.p. doorhalen wat niet van toepassing is)

Algemeen		Huid	
Hoofdpijn:	Ja / Nee	Eczeem / uitslag:	Ja / Nee
Slapeloosheid:	Ja / Nee	Snel blauwe plekken:	Ja / Nee
Slecht inslapen:	Ja / Nee	Droge huid:	Ja / Nee
Gewichtsverandering:	Ja / Nee	Overmatige transpiratie:	Ja / Nee
Duizeligheid:	Ja / Nee	Jeuk:	Ja / Nee
Vermoeidheid:	Ja / Nee	Urinewegen / Genitaal	
Dubbel / vaag zien:	Ja / Nee	Nierinfectie / nierstenen:	Ja / Nee
Allergie:	Ja / Nee	Pijn bij het plassen:	Ja / Nee
Maag / darmen		Prostaatklachten:	Ja / Nee
Darmonsteking:	Ja / Nee	Blaasontsteking:	Ja / Nee
Verstopping:	Ja / Nee	Geslachtsziekte:	Ja / Nee
Diarree:	Ja / Nee	Verandering urine (bloed / ophouden):	Ja / Nee
Misselijkheid:	Ja / Nee	Verandering libido:	Ja / Nee
Winderigheid:	Ja / Nee	Gesteldheid	
Buikpijn:	Ja / Nee	Depressie:	Ja / Nee
Borrelende buik:	Ja / Nee	Concentratiezwakte:	Ja / Nee
Maagzuur / Oprispingen:	Ja / Nee	Angst:	Ja / Nee
Bloed bij ontlasting:	Ja / Nee	Veel piekeren:	Ja / Nee
Luchtwegen		Lusteloosheid:	Ja / Nee
Ademnood:	Ja / Nee	Besluiteloosheid:	Ja / Nee
Astma:	Ja / Nee	Verdrietig:	Ja / Nee
Chronisch hoesten:	Ja / Nee	Opkroppen:	Ja / Nee
Chronisch verkouden:	Ja / Nee	Geirriteerd:	Ja / Nee
Keelpijn / ontstekingen:	Ja / Nee	Opvliegers:	Ja / Nee
Bijholte ontstekingen:	Ja / Nee	Geheugenvermindering:	Ja / Nee
Oorsuizen:	Ja / Nee	Weinig zelfvertrouwen:	Ja / Nee
Spieren / gewrichten		Zenuwachtigheid:	Ja / Nee
Gespannen spieren:	Ja / Nee		
Krachtsverlies:	Ja / Nee		
Lage rugpijn:	Ja / Nee	Vrouw	
Nekpijn:	Ja / Nee	Zwanger	Ja / Nee
Tintelingen / uitstralingen:	Ja / Nee	Zo ja, hoeveelste keer:	
Gewrichtspijnen:	Ja / Nee	Kinderen	Ja / Nee
Spierpijnen:	Ja / Nee	Zo ja, hoeveel:	
Bewegingsbeperkingen:	Ja / Nee	1ste menstruatie op welke leeftijd?	
Hart en bloedvaten		Pijnlijke menstruatie:	Ja / Nee
Hoge / lage bloeddruk:	Ja / Nee	Onregelmatige menstruatie:	Ja / Nee
Aderverkalking:	Ja / Nee	Langdurige menstruatie:	Ja / Nee
Pijn op de borst:	Ja / Nee	Premenstrueel syndroom:	Ja / Nee
Hartkloppingen:	Ja / Nee	Witte vloed:	Ja / Nee
Koude handen/voeten:	Ja / Nee		
Spataderen:	Ja / Nee		
Vocht vasthouden:	Ja / Nee		