

Vragenlijst

a.u.b. met rood invullen

Naam:
Meisjesnaam:
Voorletters:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Telefoon privé:
Telefoon werk:
Mobiel nummer:
E-mail adres:

Komt u via: huisarts/specialist/anders:
Bent u: Gehuwd/Ongehuwd
Aantal kinderen:
Verzekering:
Verzekeringsnummer:
Huisarts:
Woonplaats huisarts:
Beroep:
Werkt u momenteel: ja/nee
Hobby's/sport:
BSN nummer:

11xx **Wat is de belangrijkste klacht:**
.....
.....
.....

15xx **Wanneer is de klacht begonnen:**
.....

Hoe is de klacht ontstaan:

Geleidelijk

- 161x wisselend aanwezig
162x constant aanwezig
 Plotseling
163x wisselend aanwezig
164x constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar:

- 171x arm L/R
172x been L/R

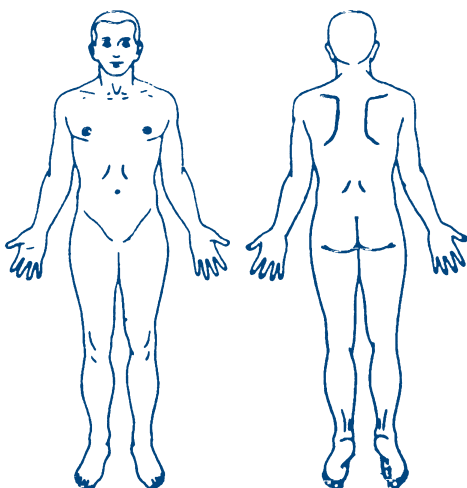
210x **Wordt erger met:**
2110 zitten
2120 lopen
2130 staan
2140 bukken
2150 liggen
2160 beweging
2170 het hoofd draaien
2180 hoesten/niezen/persen
2190 andere activiteiten/houdingen:
.....

220x **Neemt af met:**
2210 zitten
2220 lopen
2230 staan
2240 bukken
2250 liggen
2260 beweging
2290 andere activiteiten/houdingen:
.....

30x0 **Deskundigen:**
Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

- 3110 Chiropractor:
3120 Huisarts:
3130 Fysiotherapeut:
3140 Cesar/mensendieck:
3150 Manueel therapeut:
3160 Podotherapeut:
3170 Neuroloog:
3180 Revalidatie-arts:
3190 Reumatoloog:
3200 Acupuncturist:
3210 Chirurg:
3220 Pijnteam:
3230 Homeopathisch arts:
3240 Orthopeed:
3250 Psycholoog:
3260 Alternatief genezer:
3270 Andere:

Geef aan waar de klacht zit



- 4010 vroegere problemen
4020 huidige problemen
Spieren en Gewrichten
- 4110 Nek
4120 Tussen de schouders
4130 Lage rug
4140 Staartbeen
415x Lies L/R
416x Heup L/R
417x Been L/R
418x Knie L/R
419x Voet of hiel L/R
420x Schouder L/R
421x Arm L/R
422x Elleboog L/R
423x Hand L/R
424x Pols L/R
425x Vingers L/R
426x Rib L/R
4270 Gewrichtsontsteking
4280 Gezwollen gewrichten
4290 Arthritis
4300 Jicht

- 5010 vroegere problemen
5020 huidige problemen
Algemeen
- 5110 Hoofdpijn
5120 Migraine
5130 Duizeligheid
5140 Flauwvallen
515x Oorsuizingen L/R
5160 Slapeloosheid
5170 Vermoeidheid
5180 Zenuwachtigheid
5190 Allergieën
5200 Depressie
521x Aangezichtspijn L/R
5220 Slechte eetlust
5230 Oor neus oog en/of keelklacht
5240 Voorhoofdsholteontsteking
5250 Bijholteontsteking
526x Oorontsteking L/R
527x Doofheid L/R

vroegere problemen
 huidige problemen

Hart en Bloedvaten

- 6110 Hartproblemen
- 6120 Beroerte
- 6130 Hoge bloeddruk
- 6140 Lage bloeddruk
- 615x Spataderen L/R
- 6160 Slechte circulatie
- 617x Zwelling in de enkels L/R
- 6180 Bloedarmoede

Ademhaling

- 6310 Ademhalingsmoeilijkheden
- 6320 Astma
- 6330 Bronchitis
- 6340 Longontsteking
- 6350 Emphyseem
- 6360 Hooikoorts
- 6370 Pijn in de borst
- 6380 Chronische hoest
- 6390 Ophoesten van bloed
- 6400 Ophoesten van slijm

vroegere problemen
 huidige problemen

Maag en Ingewanden

- 6510 Maagpijn
- 6520 Maagzweer
- 6530 Maagbreuk
- 6540 Galproblemen
- 6550 Leverproblemen
- 6560 Constipatie/moeilijke stoelgang
- 6570 Diarree
- 6580 Overgeven
- 6590 Aambeien
- 6600 Winderigheid
- 6610 Blaas en waterwegen problemen
- 6620 Nierontsteking
- 6630 Prostaatproblemen
- 6640 Ongecontroleerd urineverlies
- 6650 Blindedarmonsteking

Huid

- 6710 Jeuk
- 6720 Eczeem
- 6730 Blauwe plekken
- 6740 Droge huid

vroegere problemen
 huidige problemen

Vrouwen

- 6910 Overgangsproblemen
- 6920 Menstratiekrampen
- 6930 Rugpijn tijdens menstruatie
- 6940 Onregelmatige menstruatie
- 6950 Overmatig bloedverlies
- 6960 Heeft u een miskraam gehad?
- 6970 Bent u mogelijk zwanger?
- 6980 Wanneer menstrueerde u voor het laatst:

Diversen

.....

7100 Condities

- 7110 Angina Pectoris
- 7120 Alcoholisme
- 7130 Epilepsie
- 7140 Kanker
- 7150 Multiple sclerose
- 7160 Polio
- 7170 Hersenvliesontsteking
- 7180 Reuma
- 7190 Tuberculose
- 7200 Suikerziekte
- 7210 Ziekte van Pfeiffer
- 7220 Schildklierafwijking
- 7230 Andere:

7300 Tandheelkundig

- 7310 Tandknaars of klemt u overdag en/of 's nachts
- 7320 Draagt u een kunstgebit geheel of gedeeltelijk
- 7330 Heeft u 's ochtends wel eens een vermoeid gevoel in de kaken
- 7340 Heeft u kronen
- 7350 Heeft u een brug
- 4360 Heeft u een frame of een plaatje in de mond
- 7370 Heeft u vroeger een beugel gehad
- 7380 Maakt het kaakgewricht wel eens een knappend geluid

Gebruikt u:

- 7510 Steunzolen
- 752x Hakverhogingen L/R
- 7530 Andere

Hoe slaapt u:

- 7710 Rug
- 7720 Zij
- 7730 Buik
- 7740 Wisselend

Hoe oud is uw matras:

.....

Is uw matras comfortabel:

- 7760 Ja
- 7770 Nee

| | korter dan | tussen | langer dan | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8100 Datum van uw laatste testen | 6mnd | 6-18 mnd | 18 mnd | nog nooit |
| 811x Urinetest: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 812x Röntgenfoto's/CT/MRI: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 813x Bloedtest: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 814x Chiropract. onderzoek: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 815x Hartonderzoek: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | veel | normaal | weinig | geen |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8200 Gewoontes | | | | |
| 821x Eetlust: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 822x Koffie: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 823x Alcohol: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 824x Lichaamsbeweging: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 825x Slaap: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 826x Roken: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 9110 Ongevallen:
- 9120 Botbreuken:
- 9130 Operaties:
- 9140 Ziekenhuisopnamen:
- 9150 Mentale ziekten:
- 9160 Medicijnen die u neemt, en waarvoor:.....
- 9170 Voedingssupplementen:

Heeft u nog opmerkingen:

.....

Ik ben ervan op de hoogte dat afspraken tenminste 24 uur van te voren geannuleerd dienen te worden.

Handtekening:

Mogen wij uw huisarts informeren?
ja/nee

Handtekening:

Datum: