

Geachte heer/mevrouw,

Wilt u de onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. De gegevens worden met u doorgenomen tijdens het eerste consult. Uiteraard blijven deze gegevens strikt geheim. Dank voor uw inspanning

Naam: .....Voornaam: .....

Adres: .....Postcode: .....

Woonplaats:.....Geboortedatum:.....

Telefoonnummer: .....email.....

Beroep:.....Sport/hobby.....

Medicijngebruik:.....

Huisarts: .....tel nr.....

Wat is uw voornaamste klacht?.....

Medische diagnose.....

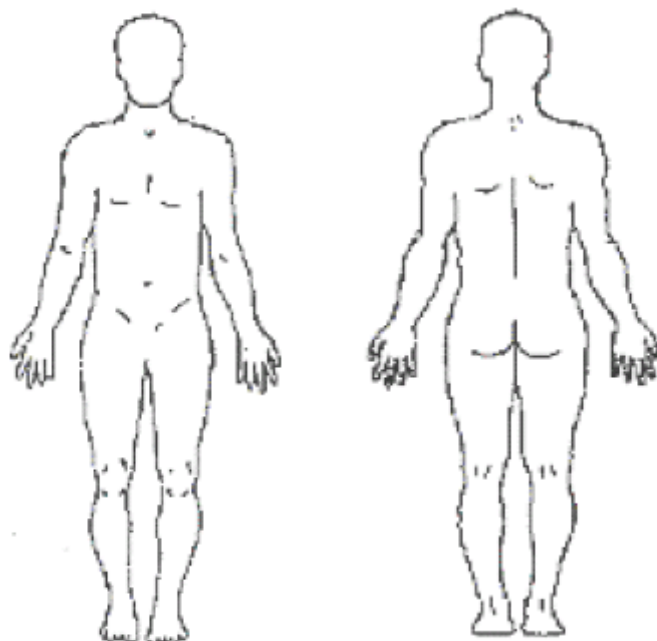
Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?.....

.....

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken?.....

.....

Wilt u op de onderstaande figuren de locatie van uw klachten aangeven?



Welke omstandigheden geven verbetering? ( *denk aan; koud, warm, rust, beweging, liggen, staan, stress, ontspanning*).....

.....

Welke omstandigheden geven verergering?.....

.....

Hoe is uw ontlasting? ( *regelmatig/onregelmatig/vast/dun/donker/licht*).....

.....

Wordt u 's nachts wakker?.....Zo ja, hoe laat?.....

Hebt u een afkeer voor zoet, zuur, pikant of bitter?.....

.....

Zijn er spijsen en/of dranken die u niet goed liggen?.....

.....

Rookt u?.....Zo ja, hoeveel?.....

Drinkt u?.....Zo ja, hoeveel?.....

Drinkt u koffie?.....Zo ja, hoeveel?.....

Hebt u naast uw hoofdklacht ook nog bijkomende klachten?.....

.....

.....

Komen er bepaalde ziekten (Erfelijk en niet-erfelijk) in uw familie vaker voor? ( *hart- en vaatziekten, reuma, diabetes, etc*).....Zo ja.....

Vader.....

Moeder.....

Overige familie.....

Bent u voor uw huidige klacht al eerder behandeld?.....

Zo ja wat voor behandeling was dat?.....

.....

Hoe was het resultaat van deze behandeling(en)?.....

.....



Welke ziekte was het zwaarst in uw leven?.....

.....  
.....

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste voor uw huidige klachten begonnen? ...

.....  
.....

Bent u al eerder voor uw huidige klacht behandeld? Zo ja, wat voor behandeling was dat?

.....  
.....

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten op u van toepassing zijn,  
De linker kolom is voor oude klachten, de rechter voor recente klachten.

### **ALGEMEEN**

- 0 0 hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks  
waar in het hoofd?
- 0 0 slapeloosheid
- 0 0 gewichtsverandering: toename/afname
- 0 0 duizeligheid
- 0 0 vermoeidheid: continu/ochtend/middag/avond
- 0 0 allergie
- 0 0 opgezette klieren

### **LUCHTWEGEN**

- 0 0 chronisch hoesten
- 0 0 chronisch verkouden
- 0 0 astma
- 0 0 keelpijn/ontstekingen
- 0 0 ontstekingen bijholtes
- 0 0 oorsuizen

### **HART EN BLOEDVATEN**

- 0 0 bewegingsbeperkingen
- 0 0 hoge/lage bloeddruk
- 0 0 aderverkalking
- 0 0 pijn/beklemmend gevoel op de borst
- 0 0 hartkloppingen
- 0 0 koude handen/voeten
- 0 0 spataders
- 0 0 vocht vasthouden

### **URINEWEGEN**

- 0 0 nierinfectie/nierstenen
- 0 0 pijn bij het plassen
- 0 0 prostaatklachten
- 0 0 blaasontsteking
- 0 0 verandering urine

### **VROUW**

- Zwanger Nee/Ja
- Kinderen Nee/Ja:
- Leeftijd eerste menstruatie: \_\_\_\_\_
- 0 0 pijnlijke menstruatie
- 0 0 onregelmatige menstruatie
- 0 0 langdurige menstruatie
- 0 0 premenstrueel syndroom

### **MAAG/DARMEN**

- 0 0 darmontsteking
- 0 0 verstopping
- 0 0 diarree
- 0 0 opgezette buik
- 0 0 misselijkheid
- 0 0 winderigheid
- 0 0 buikpijn/krampen
- 0 0 maagzuur
- 0 0 bloed bij ontlasting
- 0 0 overig:

### **SPIEREN / GEWRICHTEN**

- 0 0 gespannen/slappe spieren
- 0 0 lage rugpijn
- 0 0 nekpijn
- 0 0 tintelingen/uitstraling
- 0 0 gewrichtspijnen
- 0 0 spierpijnen/krampen

### **HUID**

- 0 0 eczeem/uitslag
- 0 0 snel blauwe plekken
- 0 0 droge huid/transpiratie
- 0 0 jeuk

### **GESTELDHEID**

- 0 0 zenuwachtigheid
- 0 0 depressies
- 0 0 concentratiezwakte
- 0 0 angst
- 0 0 veel piekeren
- 0 0 besluiteloos
- 0 0 geïrriteerd
- 0 0 opvliegers
- 0 0 overig: