# Geachte heer/mevrouw,

Wij verzoeken u onderstaande vragenlijst door te nemen en deze zo goed mogelijk in te vullen. Bij het eerste consult zullen we de gegevens met u doornemen. Uiteraard geldt er m.b.t. deze gegevens een geheimhoudingsplicht.

*U kunt middels uw Tab-toets of cursor-toets naar het volgende in te vullen hokje gaan. Een hokje vergroot zich van zelf als u meer intypt. Bij [x]  kunt u middels u linker muisknop een vakje aankruizen. Indien u bij vragen komt met een grijs vakje met daarin een antwoord, kunt het vakje aanklikken. Er verschijnt nu aan de rechter zijde een pijltje. Als u op het pijltje gaat staan met uw muis, verschijnen de antwoord mogelijkheden. Klik uw keuze aan en ga verder met uw Tab-toets of cursor-toets.*

*Algemeen: achter veel antwoorden is er de mogelijkheid om wat toe te voegen, deze alleen invullen bij extra informatie (‘ingeknipt’ hier kunt u b.v. invullen 5 hechtingen).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam |   | Voornaam |       |  |
| Adres  |       | Geb.dat. |       |
| Postcode |       | BSN |       |
| Woonplaats |       | Huisarts |       |
| Tel.nr. |       | Beroep |       |
| Mobielnr. |       | Sport/Hobby´s |       |
| Emailadres  |       | Medicijngebruik |       |

1. Wat is de reden van uw afspraak

1. Omschrijf uw klacht(en)

1. Wanneer is/zijn deze klacht(en) begonnen

1. Was er sprake van een trauma

[ ]  Ja

[ ]  Nee

1. Is/zijn de klacht(en) sinds het begin

[ ]  Verminderd

[ ]  Verergerd

[ ]  Gelijk gebleven

[ ]  Anders

1. Wanneer/waardoor verergeren uw klacht(en)

*\*denk hierbij aan houding/beweging, rust/bewegen, voeding, spanning e.d.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bent u voor deze klacht(en) bij de huisarts geweest

[ ]  Nee[ ]  Ja, recentelijk[ ]  Ja, meer dan 3 maanden geleden | 1. Bent u voor deze klacht(en) bij een specialist (in het ziekenhuis) geweest

[ ]  Nee[ ]  Ja, recentelijk[ ]  Ja, meer dan 3 maanden geleden |
| 1. Bent u voor deze klacht(en) al elders behandeld, zo ja door wie

[ ]  Nee[ ]  Ja, recentelijk bij:[ ]  Ja, meer dan 3 maanden geleden bij:      | 1. Zijn er t.a.v. de klacht nadere onderzoeken

[ ]  Röntgenfoto’s[ ]  CT-scan[ ]  MRI-scan[ ]  Bloedonderzoek [ ]  Anders, n.l.       |
| 1. Heeft u ook bijkomende klachten

[ ]  Nee[ ]  Ja, n.l.      |  |
| Nu volgen een aantal vragen m.b.t. uw algemene gezondheid |
| 1. Bent u regelmatig moe\*

[ ]  Nee [ ]  Ja, ik sta al moe op[ ]  Ja, bij ‘geringe’ inspanning ben ik al moe[ ]  Ja, ik voel me vaak lusteloos[ ]  Ja, anders n.l.       | 1. Wordt u ’s nachts wakker?

[ ]  Nee[ ]  Ja, altijd om ong.       uur[ ]  Ja, maar op verschillende tijden |
| 1. Heeft u voorkeur of afkeer voor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | voorkeur | afkeer |
| Zuur | [ ]  | [ ]  |
| Zoet | [ ]  | [ ]  |
| Pikant | [ ]  | [ ]  |
| Bitter  | [ ]  | [ ]  |

 | 1. Heeft u sterke behoefte aan zoetigheid

[ ]  Nee[ ]  Ja |
| 1. Gebruikt u zuivelproducten

[ ]  Melk,       glazen/dag[ ]  Yoghurt,       x/dag (reken hierbij ook vla e.d)[ ]  Kaas,       boterhammen/dag[ ]  Anders, n.l.        | 1. Is er voeding of drinken wat u niet goed ligt

[ ]  Nee[ ]  Ja, n.l.       |
| 1. Hoe is uw ontlasting

[ ]  Vast[ ]  Zacht/Breiig[ ]  Vettig[ ]  Diarree[ ]  Anders, n.l.       | 1. Hoe vaak heeft u ontlasting

[ ]  Meer dan 2x per dag[ ]  2x per dag tot 1x per 2 dagen[ ]  Minder dan 1x per 2 dagen[ ]  Anders, n.l.       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Zo ja, hoeveel per dag |
| Drinkt u water |  |       |
| Drinkt u koffie |  |       |
| Drinkt u alcohol |  |       |
| Rookt u |  |       |
| Gebruikt u drugs |  |       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Algemeen** | **vroeger** | **heden** | **Maag/Darmen** | **vroeger** | **heden** |
| Hoofdpijn | [ ]  | [ ]  | Darmontsteking  | [ ]  | [ ]  |
| Slapeloosheid | [ ]  | [ ]  | Opgezette buik | [ ]  | [ ]  |
| Slecht in slaap komen | [ ]  | [ ]  | Diarree | [ ]  | [ ]  |
| Sterke gewichtstoename | [ ]  | [ ]  | Misselijkheid | [ ]  | [ ]  |
| Sterke gewichtsafname | [ ]  | [ ]  | Winderigheid | [ ]  | [ ]  |
| Duizeligheid  | [ ]  | [ ]  | Buikpijn/krampen | [ ]  | [ ]  |
| Allergie  | [ ]  | [ ]  | Maagzuur | [ ]  | [ ]  |
| Dubbelzien | [ ]  | [ ]  | Bloed bij ontlasting | [ ]  | [ ]  |
| Vaag zien | [ ]  | [ ]  | Overige: | [ ]  | [ ]  |
| Slecht horen | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| Oorsuizen  | [ ]  | [ ]  | **Spieren / Gewrichten** |  |  |
|  |  |  | Gespannen spieren  | [ ]  | [ ]  |
| **Luchtwegen** | [ ]  | [ ]  | Slappe spieren | [ ]  | [ ]  |
| Veel/vaak hoesten | [ ]  | [ ]  | Spierpijn | [ ]  | [ ]  |
| Veel/vaak verkouden | [ ]  | [ ]  | Spierkramp | [ ]  | [ ]  |
| Astma/COPD | [ ]  | [ ]  | Lage rugpijn | [ ]  | [ ]  |
| Keelpijn/-ontstekingen | [ ]  | [ ]  | Nekpijn | [ ]  | [ ]  |
| Bijholte ontstekingen | [ ]  | [ ]  | Tintelingen/Uitstraling | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | Gewrichtspijnen | [ ]  | [ ]  |
| **Hart en Bloedvaten** | [ ]  | [ ]  | Bewegingsbeperking  | [ ]  | [ ]  |
| Hoge bloeddruk | [ ]  | [ ]  | Reuma-aandoening | [ ]  | [ ]  |
| Lage bloeddruk | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| Aderverkalking | [ ]  | [ ]  | **Huid** | [ ]  | [ ]  |
| Pijn op de borst | [ ]  | [ ]  | Eczeem / Uitslag | [ ]  | [ ]  |
| Hartkloppingen | [ ]  | [ ]  | Snel blauwe plekken | [ ]  | [ ]  |
| Koude handen/voeten | [ ]  | [ ]  | Droge huid | [ ]  | [ ]  |
| Spataderen | [ ]  | [ ]  | Sterke transpiratie | [ ]  | [ ]  |
| Vocht vasthouden | [ ]  | [ ]  | Jeuk  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | Snel brekende nagels | [ ]  | [ ]  |
| **Urine wegen** | [ ]  | [ ]  | Haaruitval | [ ]  | [ ]  |
| Nierinfectie | [ ]  | [ ]  | Brekend haar | [ ]  | [ ]  |
| Nierstenen | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| Pijn bij plassen | [ ]  | [ ]  | **Gesteldheid** | [ ]  | [ ]  |
| Prostaatklachten | [ ]  | [ ]  | Zenuwachtig | [ ]  | [ ]  |
| Blaasontsteking | [ ]  | [ ]  | Depressies | [ ]  | [ ]  |
| Geslachtsziekte | [ ]  | [ ]  | Overbezorgdheid | [ ]  | [ ]  |
| Verandering urine | [ ]  | [ ]  | Concentratieproblemen | [ ]  | [ ]  |
| Verandering libido | [ ]  | [ ]  | Geheugenvermindering | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | Angst | [ ]  | [ ]  |
| **Vrouw** |  |  | Veel piekeren | [ ]  | [ ]  |
| Zwanger\*\*  |  |       | Lusteloosheid | [ ]  | [ ]  |
| Kinderen\*\* |  |       | Opkroppen emoties | [ ]  | [ ]  |
| Leeftijd 1ste menstruatie |       |  | Weinig zelfvertrouwen | [ ]  | [ ]  |
| Menstruatie |  |  | Verdriet, droefheid | [ ]  | [ ]  |
| * Pijnlijk
 | [ ]  | [ ]  | Besluiteloosheid | [ ]  | [ ]  |
| * Onregelmatig
 | [ ]  | [ ]  | Geïrriteerdheid | [ ]  | [ ]  |
| * Langdurig
 | [ ]  | [ ]  | Overige |  |  |
| * Premenstrueel syndroom
 | [ ]  | [ ]  | *
 | [ ]  | [ ]  |
| * Witte vloed
 | [ ]  | [ ]  | *
 | [ ]  | [ ]  |
| Pijnlijk borsten | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| Overgang | [ ]  | [ ]  |  |  |  |
| * Opvliegers
 | [ ]  | [ ]  |  |  |  |

**AKKOORDVERKLARING**

Wij vragen u deze te tekenen tijdens/na het 1ste consult.

Ondergetekende, de heer / mevrouw

Geeft hierbij  toestemming om

[ ]  Huisarts

[ ]  Behandelend arts/specialist, te weten:

[ ]  Behandelend(e) therapeut(en), te weten:

In te lichten over de osteopatische behandeling betreffende op pagina 1 genoemde klacht

Geeft hierbij toestemming om op te vragen

[ ]  Röntgenfoto’s

[ ]  CT-scan

[ ]  MRI-scan

[ ]  Bloedonderzoek

[ ]  Anders, n.l.

Ter ondersteuning van de osteopatische behandeling

Datum

Handtekening