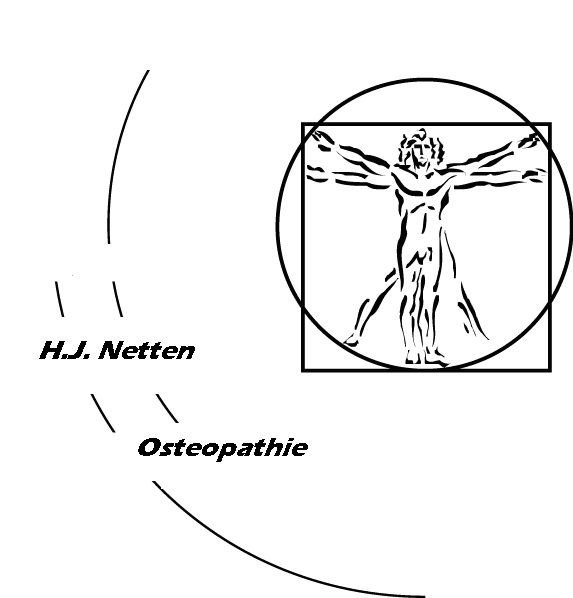
# Geachte heer/mevrouw,



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  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)

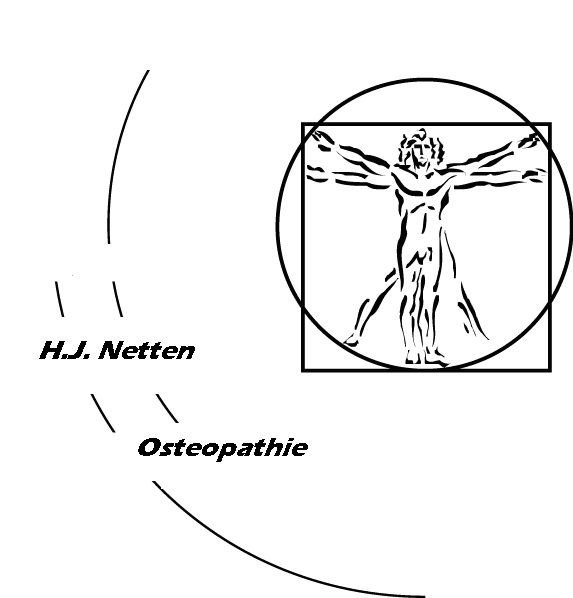
*\*denk hierbij aan houding/beweging, rust/bewegen, voeding, spanning e.d.*

|  |  |
| --- | --- |
| 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