

Intake formulier



Datum dd/mm/jjjj

Naam

Voornaam/-letter Geboortedatum

Adres

Postcode Plaats

Telefoon Mobiel

E-mail Wilt u informatie van Chiropractie Natuurlijk ontvangen? ja nee

Beroep Werkt u momenteel? ja gedeeltelijk nee

Bent u getrouwd/samenwonend? ja nee Heeft u kinderen? ja nee

Huisarts Woonplaats Huisarts

Hoe kent u onze praktijk? Hobby's/sport?

Wat is uw belangrijkste klacht?

Wanneer is uw klacht voor het eerst begonnen?

Bent u voor deze klacht onder behandeling (geweest)?

- | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chiropractor | <input type="checkbox"/> Manueel therapeut | <input type="checkbox"/> Reumatoloog | <input type="checkbox"/> Homeopathisch arts | <input type="checkbox"/> anders: |
| <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Podotherapeut | <input type="checkbox"/> Acupuncturist | <input type="checkbox"/> Orthopeed | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Neuroloog | <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Psycholoog | |
| <input type="checkbox"/> Cesar/Mensendieck | <input type="checkbox"/> Revalidatie-arts | <input type="checkbox"/> Pijnteam | <input type="checkbox"/> Alternatief genezer | |

Hoe is de klacht ontstaan?

- geleidelijk plotseling

Aanwezigheid van de klacht

- constant afwisselend

Heeft u last (gehad) van uitstraling?

- arm links rechts vroeger nu
 been links rechts vroeger nu

De klacht wordt erger door:

- zitten lopen staan bukken liggen beweging hoesten/niezen/persen anders

De klacht neemt af door:

- zitten lopen staan bukken liggen beweging andere houding/activiteit

Condities

- angina pectoris
 alcoholisme
 epilepsie
 kanker
 multiple sclerose
 polio
 hersenvliesontsteking
 reuma
 tuberculose
 suikerziekte
 ziekte van pfeifer
 schildklierafwijking
 anders:

Tandheelkundig

- tandknarsen of klemmen overdag en/of 's nachts
 geheel of gedeeltelijk kunstgebit
 heeft u 's ochtends wel eens een vermoeid gevoel in de kaken?
 kronen
 brug
 frame of plaatje
 vroeger een beugel gehad
 maakt het kaakgewricht wel eens een knappend geluid?

Familiegeschiedenis

- hart
 kanker
 diabetes
 bloeddruk

Gebruikt u:

- steunzolen
 hakverhoging l. r.
 anders:

Hoe slaapt u?

- rug zij
 buik wisselend

Hoe oud is uw matras?

Is uw matras comfortabel?

- ja nee gaat wel

Datum van uw laatste testen

< 6 mnd. 6-18 mnd. > 18 mnd. nog nooit

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| urinetest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| röntgenfoto's | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bloedtest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chiropractisch onderzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hartonderzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gewoontes

- | | | | | |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | veel | normaal | weinig | geen |
| eetlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| koffie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lichaamsbeweging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| slaap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| roken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Graag de volgende 3 vragen beantwoorden door een cijfer tussen 1 en 10 toe te kennen:

Hoe vindt u uw energieniveau?

Hoe gezond is uw voeding?

Wat vindt u in het algemeen van uw gezondheid?

Als u uw gezondheid redelijk of slecht vindt, wat denkt u dat uw gezondheid kan verbeteren?

Hoeveel glazen water per dag drinkt u?

Denkt u dat dit voldoende is?

ja nee

Heeft u ongevallen gehad?

botbreuken

operaties

ziekenhuisopnamen

mentale ziekten

medicijnen, waarvoor

voedingssupplementen

Heeft u nog opmerkingen?

Mogen wij uw huisarts informeren?

ja nee