



Geachte nieuwe patiënt,

Hierbij ontvangt u het vragenformulier. Wij verzoeken u deze zo volledig mogelijk ingevuld en ondertekend mee te nemen op de dag van de afspraak.

Voor uw hygiëne adviseren wij u tevens een badlaken of grote badhanddoek mee te nemen om op de behandelafel te leggen.

De consultprijzen zijn:

Eerste consult en uitgebreide intake, inclusief behandeling € 75,00

Vervolgconsult, inclusief behandeling € 55,00

Verder maken wij u nog attent op het volgende:

- Het is gebruikelijk, dat het consult na de behandeling betaald wordt (liefst met pin). De kwitantie, die u vervolgens van ons ontvangt, kunt u voor vergoeding naar uw zorgverzekeraar sturen. De meeste verzekeraars vergoeden de behandeling geheel of gedeeltelijk in het aanvullende pakket. Wij raden u aan dit nog even in uw polis na te kijken.
- Mocht u verhinderd zijn, dan dient u dit minimaal 24 uur van tevoren te melden. In de vrijgekomen tijd kunnen wij dan nog iemand met acute klachten of iemand van de wachtlijst van dienst zijn. Wanneer u niet of niet op tijd hebt afgebeld, zijn wij helaas genoodzaakt u het consult in rekening te brengen.
- Rondom de praktijk geldt "de blauwe zone". Vergeet u daarom uw parkeerschijf niet!

Met vriendelijke groeten,

Team Chiropractie Leeuwarden

Patientnummer: _____

Vragenlijst

Naam: _____ **M/V**
Voorletter: _____
Voornaam: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode: _____
Woonplaats: _____
Telefoon privé: _____
Mobiel nummer: _____
Email: _____

Bent u: Gehuwd/Ongehuwd _____
Aantal kinderen: _____
Huisarts: _____
Woonplaats huisarts: _____
Beroep: _____
Werkt u momenteel Ja/Nee: _____
Hobby's/Sport: _____
Verzekering: _____
Komt u via huisarts of anders: _____

Wat is de belangrijkste klacht:

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen: _____

Hoe is de klacht ontstaan:

- Geleidelijk
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig
- Plotseling
 - wisselend aanwezig
 - constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar:

- Arm L/R
- Been L/R

Wordt erger met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- het hoofd draaien
- hoesten/niezen/persen
- andere activiteiten/houdingen: _____

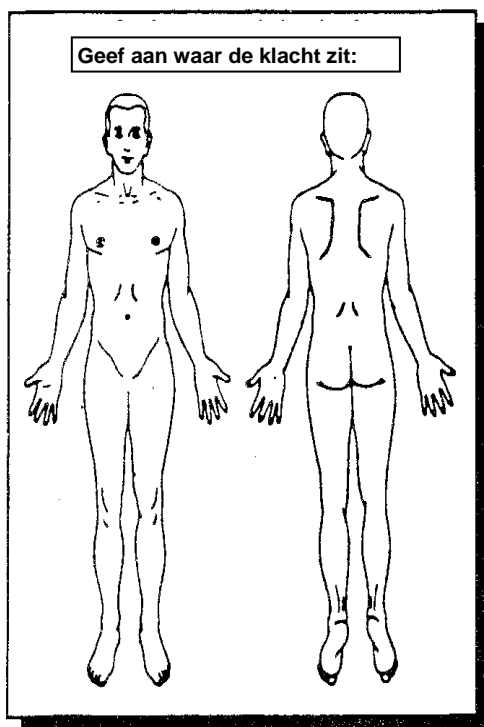
Neemt af met:

- zitten
- lopen
- staan
- bukken
- liggen
- beweging
- andere activiteiten/houdingen: _____

Deskundigen:

Bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor
- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Cesar/Mensendieck
- Manueel therapeut
- Podotherapeut
- Neuroloog
- Reumatoloog
- Acupuncturist
- Chirurg
- Pijnteam
- Homeopathisch arts
- Orthopeed
- Psycholoog
- Alternatief genezer
- Anders



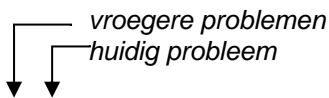
vroegere problemen
huidig probleem
Spielen en Gewrichten

- Nek
- Tussen de schouders
- Kaak
- Lage rug
- Staartbeen
- Lies L/R
- Heup L/R
- Been L/R
- knie L/R
- Voet of hiel L/R
- Schouder L/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Hand L/R
- Pols L/R
- Vingers L/R
- Rib L/R
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten
- Arthritis
- Jicht

vroegere problemen
huidig probleem
Algemeen

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Oorsuizingen L/R
- Slapeloosheid
- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressie
- Aangezichtspijn L/R
- Slechte eetlust
- Oor, neus, oog en/of keelklacht
- Voorhoofdsholte ontsteking
- Bijholteontsteking
- Oorontsteking L/R
- Doofheid L/R



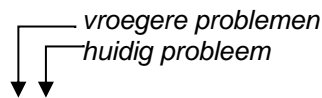


Hart en Bloedvaten

- Hartproblemen
- Beroerte
- Hoge bloeddruk
- Lage bloeddruk
- Spataderen L/R
- Slechte circulatie
- Zwelling in de enkels L/R
- Bloedarmoede

Ademhaling

- Ademhalingsmoeilijkheden
- Astma
- Bronchitis
- Longontsteking
- Emfyseem
- Hooikoorts
- Chronische hoest
- Pijn in de borst
- Ophoesten van bloed
- Ophoesten van slijm

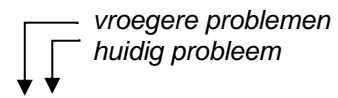


Maag en Ingewanden

- Maagpijn
- Maagzweer
- Maagbreuk
- Galproblemen
- Leverproblemen
- Constipatie/moeilijke stoelgang
- Diarree
- Overgeven
- Aambeien
- Winderigheid
- Blaas, waterwegen problemen
- Nierontsteking
- Prostaatproblemen
- Ongecontroleerd urineverlies
- Blindedarmontsteking

Huid

- Jeuk
- Eczeem
- Blauwe plekken



Vrouwen

- Overgangsproblemen
- Menstruatiekrampen
- Rugpijn tijdens menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Overmatig bloedverlies
- Heeft u een miskraam gehad?
- Bent u mogelijk zwanger?
- Wanneer menstueerde u voor het laatst: _____

Diversen:

Conditie:

- Angina Pectoris
- Alcoholisme
- Epilepsie
- Kanker
- Multiple Sclerose
- Polio
- Hersenvliesontsteking
- Reuma
- Tuberculose
- Suikerziekte

- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere _____

Gebruikt u:

- Steunzolen
- Hakverhoging L/R
- Andere _____

Hoe slaapt u:

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

Ziektes/klachten die in uw familie voorkomen:

Datum van uw laatste testen	korter dan 6 mnd	langer dan 6 mnd	nog nooit
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropractisch onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewoontes	veel	normaal	geen
Eetlust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichaamsbeweging:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roken:		Ja/nee	

Heeft u nog opmerkingen:

- Ongevallen: _____
- Botbreuken: _____
- Operaties: _____
- Ziekenhuisopnamen: _____
- Mentale ziekten: _____
- Medicijnen die u neemt, en waarvoor: _____
- Voedingssupplementen: _____

Mogen wij uw huisarts informeren? Ja / Nee

Handtekening: _____

Datum: _____