

Vragenlijst

Graag ontvangen wij van u antwoorden op een aantal vragen.

Wilt u er zorg voor dragen dat het formulier een week voor uw eerste afspraak in ons bezit is.

Hiermee kunnen wij ons alvast voorbereiden op uw komst.

Alvast bedankt.

Geachte heer, mevrouw,

Alle informatie die u invult valt onder het beroepsgeheim.

Naam :……………………………………………………………………………………………………

Voornaam :……………………………………………………………………………………………………

Adres :……………………………………………………………………………………………………

Postcode :……………………………………………………………………………………………………

Woonplaats :……………………………………………………………………………………………………

Geb. Datum :…………………………………………………………………………………………….M/V

Telefoon overdag :…………………………………………………………………………………………………..

Beroep )Huidig en :…………………………………………………………………………………………………..

Vorige) ……………………………………………………………………………………………………

Vrije tijd/sport/ :……………………………………………………………………………………………………

Hobby’s

Huisarts :……………………………………………………………….Tel.:…………………………….

Specialist :……………………………………………………….………Tel.:…………………………….

Therapeut :……………………………………………………………….Tel:……………………………..

BSN nr :……………………………………………………………………………………………………

Zorgverzekeraar :……………………………………………………………Nr.:…………………………………

en nummer

Wat is uw voornaamste klacht?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

Wanneer en hoe is deze klacht begonnen en hoe heeft deze zich ontwikkeld?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

Welke klachten komen hier op dit moment nog bij?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

Is er een reguliere diagnose gesteld? Zo ja, welke?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Waren er bijzondere gebeurtenissen die tegelijkertijd met het begin van de klachten plaatsvonden? (psychische stress, operatie, verhuizing, renovatie, zwangerschap, problemen met tanden, vaccinaties, infecties, reizen, ongeluk, narcose)

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Over welk lichaamsdeel/orgaan maakt u zich het meest zorgen?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Heeft u emotionele klachten? Hoe bent u daarvoor behandeld?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Heeft u een pacemaker? JA/NEE

Heeft u last van bloedingen? JA/NEE

Heeft u hemofilie? JA/NEE

Heeft u de reguliere inentingen gehad? JA/NEE

Zijn er in uw leven indringende ervaringen of gebeurtenissen geweest? (bijv. Echtscheiding, sterfgevallen, pesterijen, werkeloosheid, ontslag, aanranding, inbraak, ongeval).

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Heeft u een allergie voor onderstaande stoffen? Kruist u de stoffen aan waar u een allergie voor heeft.

0 penicilline/antibiotica 0 latex/rubber 0 jood alcohol

0 nikkel (nepjuwelen) 0 pijnstillers 0plaatselijke verdovingen

0 andere……………………..

Welk soort type reactie had u?

0 Flauwvallen (lage bloeddruk) 0 Zwelling rond de mond 0 Ademnood

0 Piepende ademhaling 0 rode vlekken op huid met zwelling en jeuk

0 rode vlekken op huid met jeuk 0Andere: andere huidafwijkingen, koorts,……………

Wanneer trad deze reactie op?

0 zeer snel binnen 1 uur 0 Na 1 uur tot 3 dagen 0 Pas na 3 dagen – weken

Kruis aan welke van de volgende medicijnen u inneemt of therapieën u volgt.

0 Maagzuurremmers 0 Relaxantia/slaaptablet

0 Antibiotica 0 Corticosteroïden

0 Antidepressiva 0 Hoge bloeddrukmedicatie

0 Antidiabetica/insuline 0 Hartmedicatie

0 Aspirine 0 Hormonen (de pil)

0 Laxantia 0 Chemotherapie

0 Diuretica (plaspil) 0 Radiotherapie (bestraling)

0 Schildkliermedicatie 0 Lithium

0Anders, nl………………………………………………………………………………………………………………..

Kruis aan wat u regelmatig eet, drinkt of gebruikt:

0 Alcohol 0 Water

0 Sigaretten/rookwaren 0 Kant en klare maaltijden

0 Frisdrank 0 Gefrituurd eten

0 Thee, geen kruidenthee 0 Witte meelproducten (pasta en wit brood)

0 Kruidenthee 0 Vleeswaren

0 Koffie 0 Melkproducten

0 Margarine/halvarine 0 Suiker, koek, snoep en ander zoetwaren

0 Kunstmatige zoetstoffen

0 Vitamines en mineralen, specificeer………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Kruis aan indien u:

0 Dikwijls aan de lijn doet

0 Bloot staat aan chemicaliën op het werk

0 Veel zout gebruikt in het eten

Volgt u een dieet? Wat is de reden? Wat is de samenstelling:

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**Alleen voor vrouwen**

Heeft u last van premenstruele spanningen? JA/NEE/BEETJE

Heeft u een pijnlijke menstruatie (krampen etc.)? JA/NEE/BEETJE

Heeft u zware of langdurige menstruele bloedingen? JA/NEE/BEETJE

Heeft u pijnlijke, gevoelige borsten? JA/NEE/BEETJE

Menstrueert u vaker dan normaal? JA/NEE/BEETJE

Heeft u last van acne tijdens de menstruatie? JA/NEE/BEETJE

Heeft u depressieve gevoelens voor de menstruatie? JA/NEE/BEETJE

Heeft u last van vaginale afscheiding? JA/NEE/BEETJE

Heeft u een verwijderde baarmoeder of eierstokken? JA/NEE

Heeft u last van opvliegers tijdens de overgang? JA/NEE/BEETJE

Heeft ’s nachts onrustige benen JA/NEE/BEETJE

Heeft u verminderd seksueel actief leven? JA/NEE/BEETJE

**Alleen voor mannen**

Heeft u prostaatproblemen? JA/NEE/BEETJE

Heeft u last van moeilijk of druppelen plassen? JA/NEE/BEETJE

Moet u ’s nachts vaak plassen? JA/NEE/BEETJE

Heeft u pijn aan de binnenkant van de benen of hielen? JA/NEE/BEETJE

Heeft u het gevoel van incomplete darmlediging? JA/NEE/BEETJE

Heeft ’s nachts onrustige benen JA/NEE/BEETJE

Heeft u verminderd seksueel actief leven? JA/NEE/BEETJE