

Intake formulier



Dirk Verstraete D.C.
Haasdonk - Eindhoven

Datum dd/mm/jjjj

Naam

Voornaam/-letter Geboortedatum dd/mm/jjjj

Adres

Postcode Plaats

Telefoon Mobiel

E-mail

Beroep

Werkt u momenteel? ja nee gedeeltelijk

Bent u getrouwd/samenwonend? ja nee

Heeft u kinderen? ja nee hoeveel?

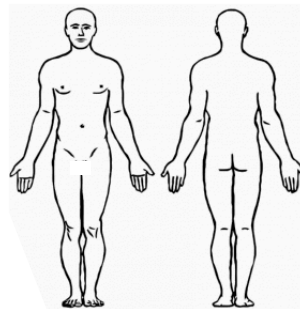
Huisarts Woonplaats Huisarts

Hoe kent u onze praktijk?

Wat is uw belangrijkste klacht?

Wanneer is uw klacht voor het eerst begonnen?

Duid de locatie van de klacht aan:



Bent u voor deze klacht onder behandeling (geweest)?

<input type="checkbox"/> Chiropractor	<input type="checkbox"/> Manueel therapeut	<input type="checkbox"/> Reumatoloog	<input type="checkbox"/> Homeopatisch 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

Heeft u (wel eens) last (gehad) van:

Spiersen en gewrichten

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vroeger | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huidig | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nek | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tussen de schouders | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lage rug | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | staartbeen | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lies | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | heup | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | been | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | knie | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | voet of hiel | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | schouder | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | arm | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | elleboog | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hand | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pols | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vingers | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ribben | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |

Algemeen

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vroeger | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huidig | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hoofdpijn | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | migraine | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | duizeligheid | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | flauwvallen | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | oorsuizingen | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | slapeloosheid | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vermoeidheid | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | zenuwachtigheid | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | allergieën | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | depressie | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aangezichtspijn | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | slechte eetlust | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | oor-, neus-, oog- en/of keelklachten | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | voorhoofdsholteontsteking | | | | |

extra info

Hart- en bloedvaten

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vroeger | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huidig | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hartproblemen | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | beroerte | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hoge bloeddruk | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lage bloeddruk | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | spataderen | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | slechte circulatie | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | gezwollen enkels | <input type="checkbox"/> | l. | <input type="checkbox"/> | r. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bloedarmoede | | | | |

Huid

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vroeger | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huidig | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | jeuk | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | eczeem | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | blauwe plekken | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | droge huid | | | |

Maag en ingewanden

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vroeger | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huidig | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | maagpijn | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | maagzweer | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | galproblemen | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | leverproblemen | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | constipatie/moeilijke stoelgang | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | diarree | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | overgeven | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | aambeien | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | winderigheid | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | blaas-, waterwegenproblemen | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | nierontsteking | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | prostaatproblemen | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ongecontroleerd urineverlies | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | blindedarmontsteking | | | |

Ademhaling

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vroeger | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huidig | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ademhalingsmoeilijkheden | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | astma | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | bronchitis | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | longontsteking | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | emfyzeem | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | hooikoorts | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pijn in borst | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | chronische hoest | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ophoest van bloed | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ophoest van slijm | | | |

diversen

Vrouwenklachten

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | vroeger | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | huidig | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | overgangsproblemen | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | menstratiekrampen | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rugpijn tijdens menstruatie | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | onregelmatige menstruatie | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | overmatig bloedverlies | | | |

u heeft een miskraam gehad

u bent mogelijk zwanger
laatste menstruatie



Conditie

- 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 neen
 gaat wel

Staat u 's morgens uitgerust op? ja neen

Heeft u spier- en/of gewrichtspijnen bij het opstaan? ja neen

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"/>

Hobby's / Sport

Hoeveel uur per week?



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 drinkt u per dag?

Denkt u dat dit voldoende is? ja neen

Heeft u ongevallen gehad?

Botbreuken?

Operaties?

Ziekenhuisopnamen

Mentale ziekten?

Medicijnen, waarvoor?

Voedingssupplementen?

Heeft u nog opmerkingen?

Mogen wij uw huisarts informeren? ja neen