



# Intakeformulier

## Chiropractie van Beelen

Naam: .....  
 Voornaam: .....  
 Geboortedatum: ...../...../.....  
 Adres: .....  
 Postcode: .....  
 Woonplaats: .....  
 Telefoon: .....  
 Mobiel: .....  
 Email: .....  
 Verwezen door: .....

Gehuwd/ongetrouwd  
 Aantal kinderen: .....  
 Verzekering: .....  
 Verzekeringsnummer: .....  
 Huisarts: .....  
 Vestiging huisarts: .....  
 Beroep: .....  
 Werkt u momenteel: Ja/Nee  
 Hobbies/Sport: .....

**Wat is de belangrijkste klacht en wanneer is deze begonnen?**

.....  
 .....  
 .....

**Hoe is de klacht ontstaan?**

.....  
 .....  
 .....

**Is er sprake van uitstraling naar:**

- Arm links/rechts
- Been link/rechts

**Bent u voor deze klacht(en) onder behandeling geweest bij een andere specialist of chiropractor?**

.....

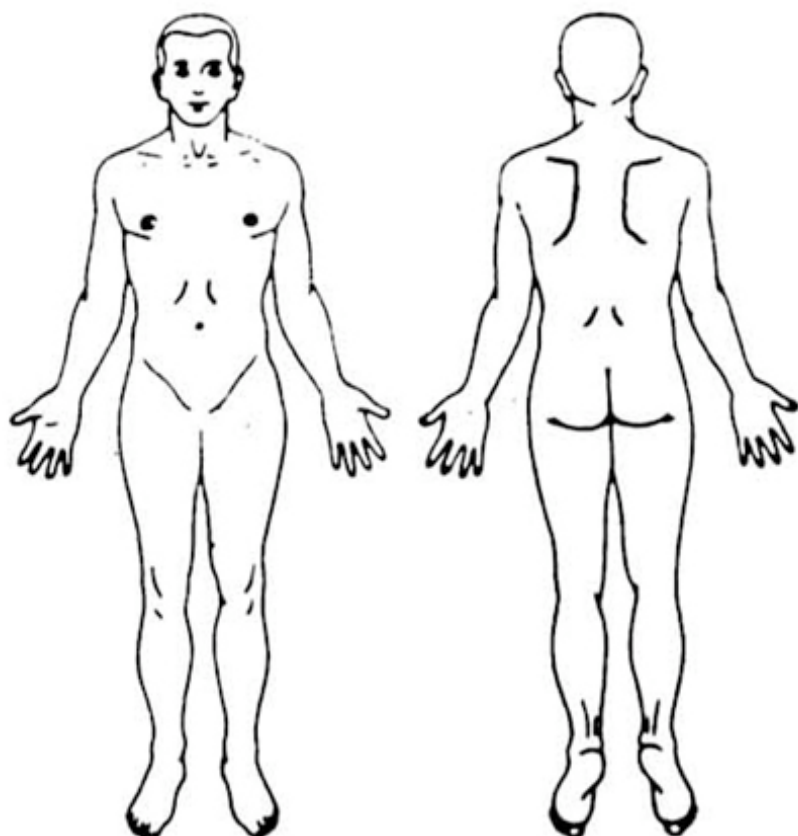
**Wordt erger met:**

- Zitten
  - Lopen
  - Staan
  - Bukken
  - Liggen
  - Beweging
  - Het hoofd draaien
  - Hoesten/niezen/persen
  - Andere activiteiten/houdingen zoals:
- .....

**Neemt af met:**

- Zitten
  - Lopen
  - Staan
  - Bukken
  - Liggen
  - Beweging
  - Andere activiteiten/houdingen zoals:
- .....

**Geef aan waar de klacht zit**



**Heeft u op dit moment [of in het verleden] last [gehad] van:**

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="radio"/> Hoofdpijn                  | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Migraine                   | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Duizeligheid               | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Flauwvallen                | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Oorsuizingen L/R           | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Slapeloosheid              | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Vermoeidheid               | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Nervositeit                | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Allergieën                 | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Depressie                  | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Aangezichtspijn L/R        | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Slechte eetlust            | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Oor, neus, oog, keelklacht | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Voorhoofdsholteontsteking  | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Bijholteontsteking         | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Oorontsteking L/R          | nu/verleden |
| <input type="radio"/> Doofheid L/R               | nu/verleden |

**Heeft u op dit moment [of in het verleden] last [gehad] van hart en vaatproblemen?**

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

**Heeft u op dit moment [of in het verleden] last [gehad] van uw maag en/of ingewanden?**

- Maagpijn nu/verleden
- Maagzweer nu/verleden
- Maagbreuk nu/verleden
- Galproblemen nu/verleden
- Leverproblemen nu/verleden
- Constipatie nu/verleden
- Diarree nu/verleden
- Overgeven nu/verleden
- Aambeien nu/verleden
- Winderigheid nu/verleden
- Blaas, urineweg problemen nu/verleden
- Nierontsteking nu/verleden
- Prostaatproblemen nu/verleden
- Incontinentie nu/verleden
- Blindedarmontsteking nu/verleden

**Heeft u op dit moment [of in het verleden] last [gehad] van problemen aan uw luchtwegen?**

- Astma nu/verleden
- Bronchitus nu/verleden
- Longontsteking nu/verleden
- Emphyseem nu/verleden
- Hooikoorts nu/verleden
- Pijn in de borst nu/verleden
- Chronische hoest nu/verleden
- Ophoesten van bloed nu/verleden
- Ophoesten van slijm nu/verleden

**Heeft u op dit moment [of in het verleden] last [gehad] van uw huid?**

- Jeuk nu/verleden
- Eczeem nu/verleden
- Blauwe plekken nu/verleden
- Droge huid nu/verleden

**Heeft u een chronische aandoening? Zo ja, welke?**

.....  
.....  
.....

**Tandheelkundig**

- Tandknarsen
- Kunstgebit, geheel/gedeeltelijk
- 's Ochtends vermoeid gevoel in de kaken
- Frame of plaatje in de mond
- Vroeger beugel gehad
- Knappend geluid van het kaakgewricht
- Kronen
- Brug

**Gebruikt u:**

- Steunzolen
- Hakverhogingen L/R
- Andere, zoals: .....

**Hoe slaapt u?**

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

**Hoe oud is uw matras?**

.....

**Heeft u een orthopedisch hoofdkussen?**

- Ja
- Nee

**Gewoontes**

- Eetlust: veel/normaal/weinig/geen
- Koffie: veel/normaal/weinig/geen
- Alcohol: veel/normaal/weinig/geen
- Lichaamsbeweging: veel/normaal/weinig/geen
- Slaap: veel/normaal/weinig/geen
- Roken: veel/normaal/weinig/geen

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

**Heeft u nog opmerkingen?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Stelt u het op prijs dat wij uw huisarts informeren?**

- Ja
- Nee

Datum:

Handtekening: