

Naam:..... Geboortedatum: / / man vrouw
Adres:..... Postcode en woonplaats:.....
Telefoon:..... Mobiel:.....
Email:..... Beroep:.....
Hoe bent u aan ons gekomen? Via internet telefoonboek krant kennis familie anders:

UW GEZONDHEIDSPROFIEL

Waarom dit formulier belangrijk is

Onze praktijk richt zich op uw vermogen om gezond te zijn. Tijdens ons leven wordt dit vermogen aangetast door gebeurtenissen/zaken (psychische, chemische en emotionele). Allereerst richten wij ons op hetgeen waarvoor u naar onze praktijk gekomen bent. Daarnaast kunnen de behandelingen in een later stadium erop gericht zijn dat vermogen tot gezondheid en welzijn te vergroten. Onderstaande vragen beantwoorden geeft inzicht in de mate waarin het lichaam en met name het zenuwstelsel belast is en helpt ons zo goed mogelijk te kunnen werken aan uw vermogen om gezond te zijn.

Was u al eerder bij een chiropractor? ja nee

Zo ja, waar en wanneer:..... laatste behandeling: / /

Waarom ging u naar de chiropractor?.....

Wat was het resultaat? uitstekend goed ging wel niets geholpen verergerde

Waren er röntgenfoto's? ja nee Kreeg u een goed onderzoek? Ja nee

Sinds de start is het: ong. hetzelfde gaat beter gaat slechter

Het belemmert mij bij: werk slapen hobby vrije tijd ander:

Geef a.u.b. aan alle symptomen die u ooit gehad heeft, ook al lijkt het niets met de huidige klachten te maken te hebben.

- rugpijn verstopping/diarree hoofdpijn misselijk/overgeven aanhoudende hoest
 wazig zien depressie indigestie stijve nek steken dove vingers geen evenwicht
 darm/blaaiproblemen duizelig/flauwvallen borstprobleem vermoeidheid
 onregelmatige menstruatie dove tenen

WAT BETREFT DE REDEN VAN UW BEZOEK AAN ONZE PRAKTIJK

Omschrijf waar u het meeste last heeft:.....

Als u pijn heeft, dan is dat: scherp dof komt en gaat voortdurend

Thans worden de klachten/symptomen verergerd door:

- bukken strekken persen op de wc hoesten lopen tillen niezen nekbewegingen staan
 zitten anders:

DE EERSTE JAREN (TOT 17 JAAR)

Is je geboorte moeizaam verlopen? ja nee weet niet

Heb je in je jonge jaren aan ruwe sporten gedaan? ja nee weet niet

Had je bijzondere kinderziekten? ja nee weet niet

Heb je als kind langere tijd antibiotica en/of inhalator gebruikt? ja nee weet niet

Heb je als kind regelmatig chiropractie gehad? ja nee weet niet

Heb je als kind een zware val en/of ongelukken gehad? ja nee weet niet

Ben je als kind geopereerd? ja nee weet niet

Zo ja, waaraan en wanneer:



VOLWASSEN JAREN

Heb je ernstige gezondheidsproblemen gehad? ja nee weet niet

Zo ja: welke en wanneer

Heb je enig ongeluk en/of zware val gehad? ja nee weet niet

Zo ja, wat en wanneer:

Heb je ooit een operatie en/of ziekenhuisopname gehad? ja nee weet niet

Zo ja, waarvoor en wanneer:

Beschrijf op de schaal van 1 tot 10 de mate van stress. werk: prive:

Geef aan op de schaal van 1 (slecht) tot 10 (uitstekend)

voeding: sport: slaap: algehele gezondheid:

Geef aan met: Nooit - Af en toe - Regelmatig - Veelvuldig

Alcohol Roken Koffie Frisdranken

Gebruik je op dit moment iets van onderstaand:

- Ontstekingsremmer
- spierontspanner
- een soort medicatie
- anti depressiva
- Hormoonvervangende Therapie
- vitamines
- anti -conceptie
- anders, nl.

Naam huisarts en/of specialist

GEZONDHEIDSPROFIEL FAMILIE

Bij onze praktijk zijn we niet alleen begaan met jouw gezondheid en welzijn, maar ook met die van je naasten en familie.

Kun je aangeven welke gezondheidszaken je bezig houden aangaande:

Vader: Moeder:

Partner: Kinderen:

Anderen:

Welke van onderstaande aandoeningen komen in de familie voor?

- Bot- en gewrichtsproblemen (Arthrose / Osteoporose)
- Vaatziekten (Hartkwalen / Herseninfarct / Bloeddruk)
- Kanker (Goedaardig / Kwaadaardig)
- Ademhalingsproblemen (Long / Borst / Astma)
- Spijsverteringsproblemen (Maag / Darmen)
- Voortplantingsstelsel
- Diabetes / Metabole stoornissen
- Epileptie / Zenuwstelsel aandoeningen
- Huidproblemen
- Allergieën
- Ander

Bij wie en wanneer?

LEVENSTIJL PROFIEL

Wat hoop je met chiropractie te bereiken?

Wat is je uiteindelijke gezondheidsdoel/wens?

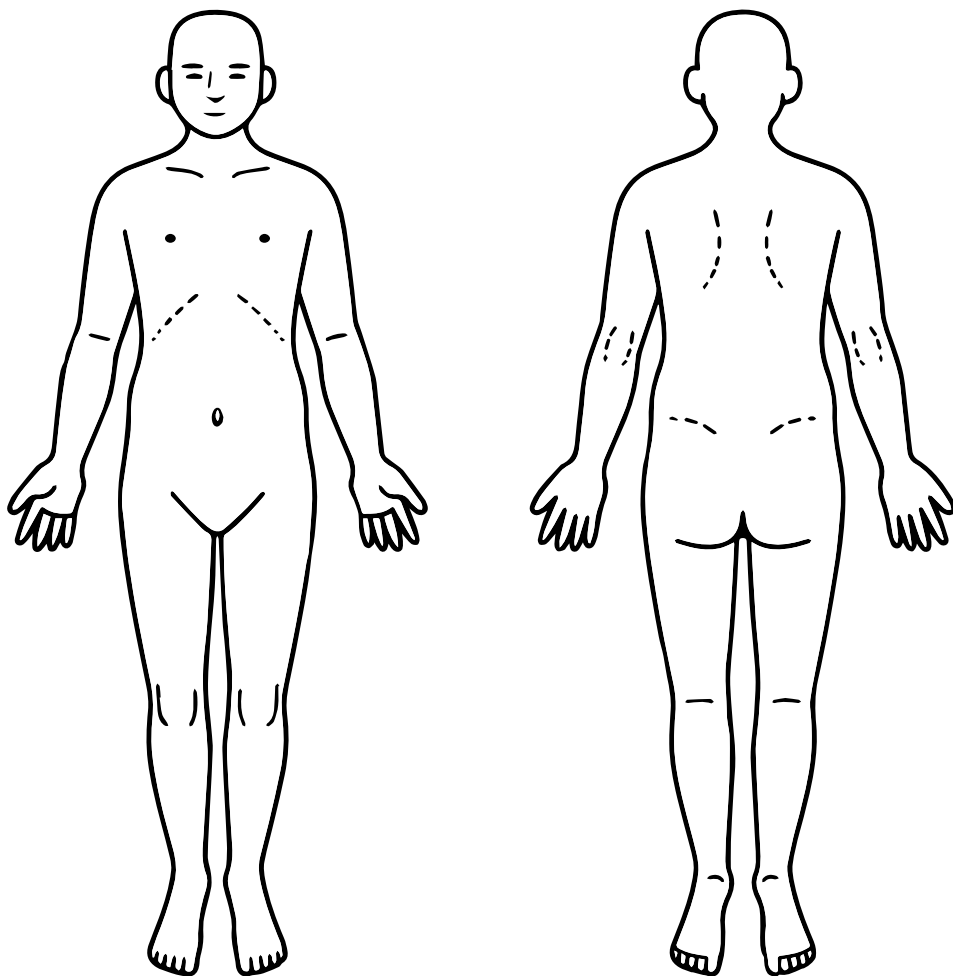
Waar leef je voor? Hobby's, speciale interesses?

VOOR VROUWEN

Ben je in verwachting? Ja nee weet niet datum laatste menstruatie:

S.v.p. aankruisen indien ja: gevoelige borsten bobbelen in borsten menstratieklachten onregelmatige

menstruatie opvliegers ongemak bij vrijen bloedingen tussendoor hevige menstruatie vaginale afscheiding



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

In verband met de Wet AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming) verzoeken wij u deze Toestemmingsverklaring in te vullen en te ondertekenen.

Toestemmingsverklaring

Naam:

Geboortedatum:

Email:

BSN:

Verzekeringsmaatschappij:

Verzekeringsnummer:

Indien het om een minderjarige gaat:

Wettelijke vertegenwoordiger van:

Naam kind:

Geboortedatum:

BSN:

Verzekeringsmaatschappij:

Verzekeringsnummer:

Hierbij verleen ik toestemming dat de door mij schriftelijke en/of digitaal verstrekte informatie, kan worden gebruikt uitsluitend voor de behandelingen bij Chiropractie Castricum en niet zonder mijn schriftelijke toestemming mag worden gedeeld met derden.

Castricum, Handtekening:

Verklaring Chiropractie Castricum B.V.

Wij verklaren dat wij met de ons ter beschikking gestelde informatie vertrouwelijk en zorgvuldig zullen omgaan en dat wij deze informatie niet zullen delen met derden zonder de schriftelijke toestemming van de cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger.