



Datum: / /

LICHAMELIJKE GESTELDHEID

Beoordeel de volgende vragen met betrekking tot frequentie en omcirkel het cijfer:

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Altijd
Aanwezigheid van fysieke pijn (nek/rugpijn, zere arme/benen, enz.)	1	2	3	4	5
Gevoel van spanning of stijfheid of verminderde flexibiliteit van de wervelkolom	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van vermoeidheid en weinig energie	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van verkoudheid en griep	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van hoofdpijnen, wat voor soort dan ook	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van misselijkheid of obstipatie	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van menstruatie klachten	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van allergieën of huiduitslag	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van duizeligheid of licht in het hoofd zijn	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van (bijna) ongelukken, vallen of struikelen	1	2	3	4	5

..... / 50

PSYCHISCHE/EMOTIONELE GESTELDHEID

Beoordeel de volgende vragen met betrekking tot frequentie en omcirkel het cijfer:

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Altijd
Maakt de pijn dat je je ellendig voelt?	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van negatieve of kritische gevoelens over jezelf	1	2	3	4	5
Ervaren van humeurigheid, slechte buien en uitbarstingen van boosheid	1	2	3	4	5
Ervaren van depressieve gevoelens of een gebrek aan interesse	1	2	3	4	5
Overdreven bezorgd zijn over kleine dingen	1	2	3	4	5
Moeite met denken of concentreren of besluiteloosheid	1	2	3	4	5
Ervaren van vage angsten of ongerustheid	1	2	3	4	5
Onrustig of rusteloos zijn; moeite met stilzitten	1	2	3	4	5
Moeite met in slaap vallen of in slaap blijven	1	2	3	4	5
Ervaren van terugkerende gedachten of dromen	1	2	3	4	5

..... / 50



STRESS EVALUATIE

Beoordeel je stress ten opzichte van het volgende:

	Geen	Gering	Matig	Duidelijk merkbaar	Overvloedig
Familie	1	2	3	4	5
Relatie	1	2	3	4	5
Gezondheid	1	2	3	4	5
Financiën	1	2	3	4	5
Seksleven	1	2	3	4	5
Werk	1	2	3	4	5
School	1	2	3	4	5
Algeheel welbevinden	1	2	3	4	5
Emotionele gesteldheid	1	2	3	4	5
Omgaan met dagelijkse problemen	1	2	3	4	5

..... / 50

LEVENSGENOT

Beoordeel het volgende:

	Geen	Gering	Matig	Duidelijk merkbaar	Overvloedig
Luisteren naar je 'innerlijke stem/gevoelens'	1	2	3	4	5
Ervaren van ontspanning, ongedwongenheid, welbevinden	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van positieve gevoelens over jezelf	1	2	3	4	5
Interesse in het onderhouden van een gezonde levensstijl (dieet, fitness enz.)	1	2	3	4	5
Gevoel van open en bewust/verbonden zijn met anderen	1	2	3	4	5
Vermogen om met tegenspoed om te gaan	1	2	3	4	5
Medeleven met, en acceptatie van, anderen	1	2	3	4	5
Tevredenheid met het niveau van recreatie in je leven	1	2	3	4	5
Aanwezigheid van gevoelens van vreugde en geluk	1	2	3	4	5
Niveau van tevredenheid wat betreft je seksleven	1	2	3	4	5
Tijd toegewijd aan dingen die je leuk vindt	1	2	3	4	5

..... / 55



ALGEGHELE KWALITEIT VAN LEVEN

Beoordeel je gevoel ten opzichte van je kwaliteit van leven:

	Verschrikkelijk	Ongelukkig	Voornamelijk niet tevreden	Gemengd	Voornamelijk Tevreden	Blij	Erg blij
Je persoonlijke leven	1	2	3	4	5	6	7
Je echtgenoot/echtgenote of partner	1	2	3	4	5	6	7
Je liefdesleven	1	2	3	4	5	6	7
Je baan	1	2	3	4	5	6	7
Je collega's	1	2	3	4	5	6	7
Het werk dat je doet	1	2	3	4	5	6	7
Het omgaan met problemen in je leven	1	2	3	4	5	6	7
Wat je aan het bereiken bent in je leven	1	2	3	4	5	6	7
Je fysieke verschijning – hoe je eruit ziet	1	2	3	4	5	6	7
Je vermogen je aan te passen aan veranderingen in je leven	1	2	3	4	5	6	7
Algehele tevredenheid met je leven	1	2	3	4	5	6	7

..... / 77

ALGEGHELE INDRUKKEN

Beantwoord elke vraag ten opzichte van hoe je er aan toe was toen je voor het eerst in de praktijk kwam:

	Beter	Hetzelfde	Slechter
Algeheel gezien is mijn fysieke gesteldheid:	1	2	3
Algeheel gezien is mijn emotionele gesteldheid:	1	2	3
Algeheel gezien is mijn vermogen om met stress om te gaan:	1	2	3
Algeheel gezien is mijn levensgenot:	1	2	3
Algeheel gezien is mijn kwaliteit van leven:	1	2	3

..... / 15

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.