

CLIËNT GESCHIEDENIS update

de inhoud is strikt vertrouwelijk

Naam:..... Geboortedatum: / / Laatste bezoek: / /
Adres:..... man vrouw
Telefoon:..... Mobiel:.....
Email: Beroep:.....
Contactpersoon bij kind: vader moeder anders nl.:

Wat is op dit moment uw grootste klacht/symptoom:

Is deze dezelfde als voor de behandeling: ja nee

Wanneer is deze begonnen?.....

Wat is de oorzaak hiervan:

- val verrekking ziekte stress tillen bedrijfsongeval verkeersongeval
 anders, gaarne omschrijving:

Hoe ontwikkelt de huidige klacht/symptoom:

- verergert verbetert blijft hetzelfde komt en gaat

Heeft u nog iemand anders hierover geraadpleegd? ja nee

Zo ja: wie: wanneer:.....

Was het: chiropractor huisarts specialist fysiotherapeut ander:

Gebruikt u op dit moment medicijnen drugs vitaminen mineralen

Zo ja, welke: waarvoor:

Heeft u sinds uw laatste bezoek het onderstaande gehad:

verkeersongeluk ja nee wanneer:

operatie ja nee waarvoor en wanneer:

sportblessure of anders ja nee wat en wanneer:

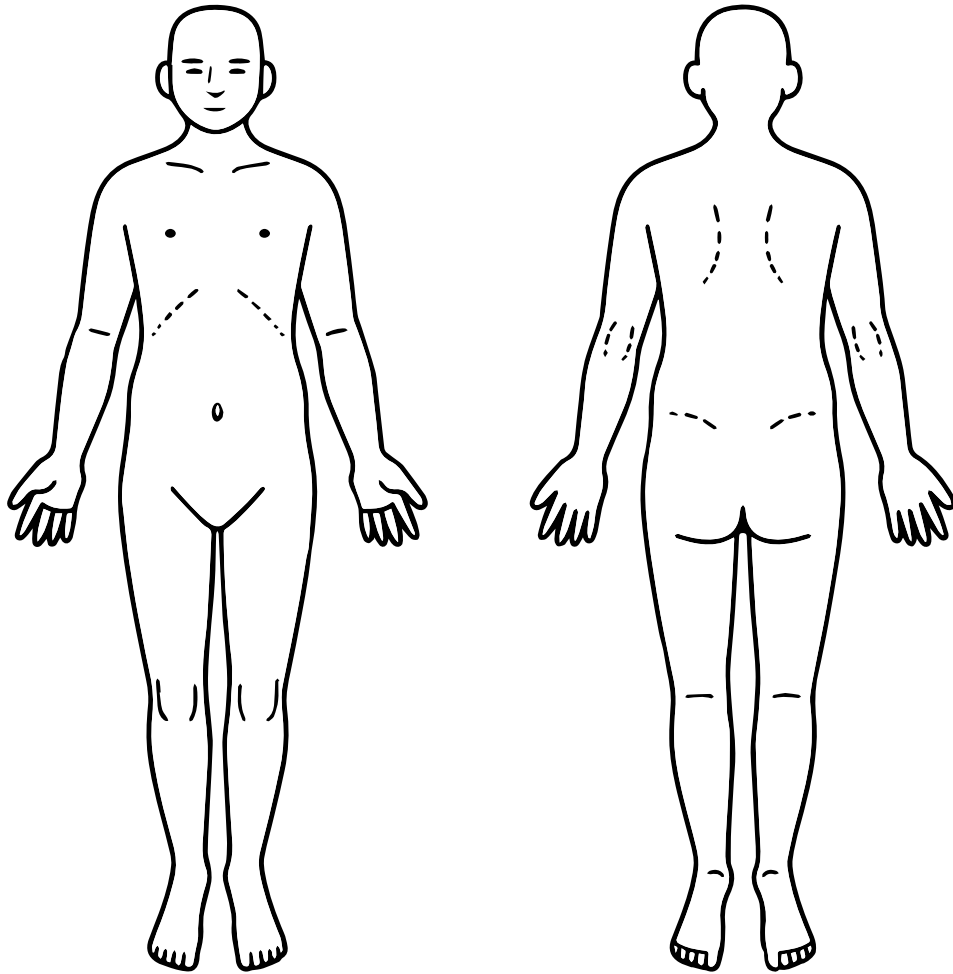
ernstige ziekte ja nee wat en wanneer:

Is er nog iets dat we zouden moeten weten? ja nee Zo ja, wat:

Handtekening:

Datum:

Dank u voor het invullen van dit formulier.



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....