

VRAGENLIJST ACUPUNCTUURHOOFDDORP.INFO

Onderstaand treft u een groot aantal vragen aan die voor ons een waardevolle hulp zijn bij uw behandeling en kunnen bijdragen tot een optimaal behandelresultaat. Elke vraag is even belangrijk en geeft ons inzicht in uw klachten. Indien u ruimte tekort komt kunt u een extra vel bijvoegen met het nummer van de vraag vóór uw antwoord.

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon: privé.....werk.....

Mobiel:

Geboortedatum:

Geslacht:

Huisarts:

Verzekering:

- 1 Voor welke klacht(en) komt u hier? (in volgorde van belangrijkheid)

- 2 Wanneer zijn uw klachten begonnen? Jaar maand . . .(eventueel exacte datum)

- 3 Wat is naar uw mening de oorzaak van uw klachten?

- 4 Zijn er houdingen, bewegingen en/of andere zaken die de klachten verergeren?

- 5 Is er iets wat de klachten vermindert?

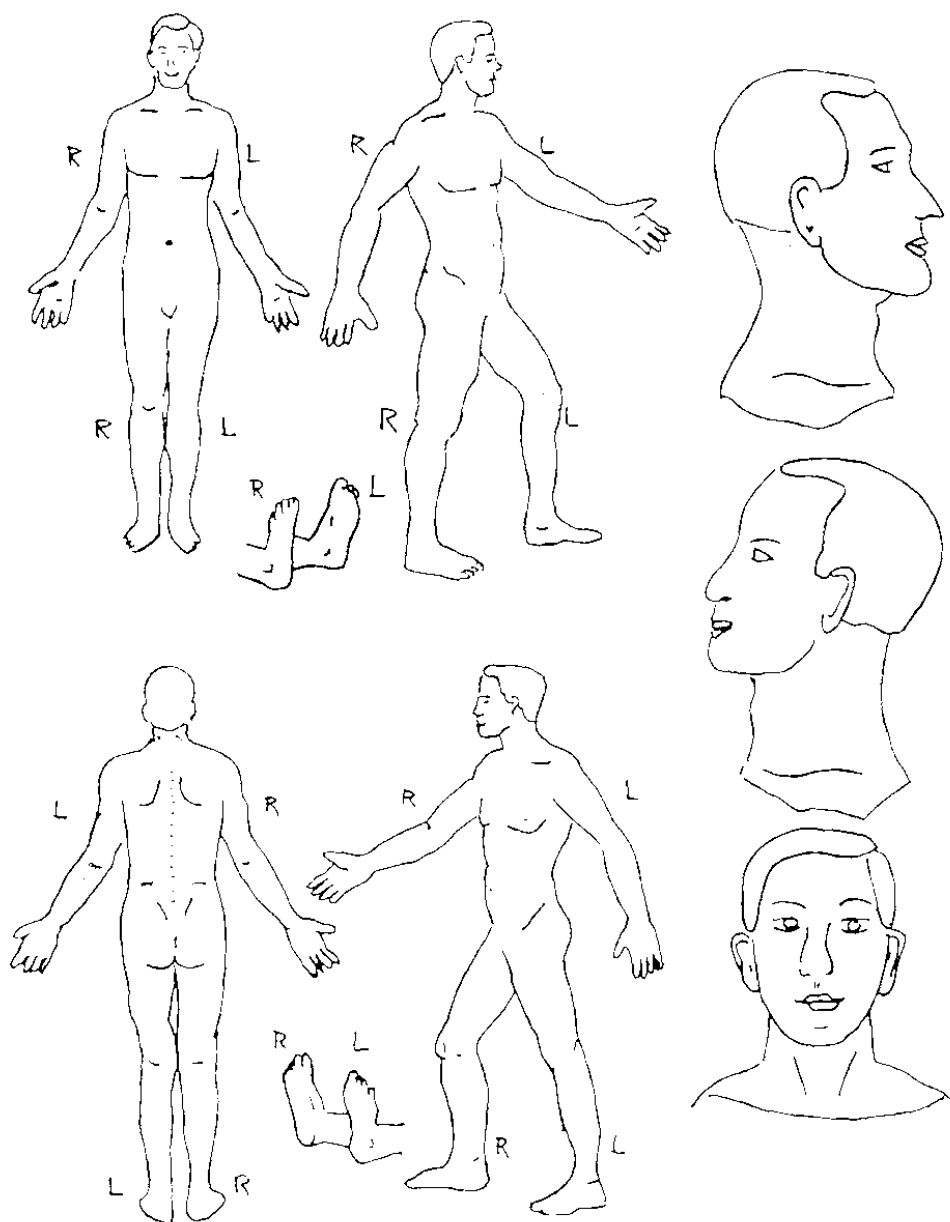
- 6 Gebruikt u medicijnen? (ook de pil)

- 7 Gebruikt u voedingssupplementen en/of volgt u een dieet?
- 8 Bent u onder behandeling van een specialist (of geweest) en waarvoor; ook als dit niet in verband staat met deze klachten?
- 9 Bent u onder behandeling van andere therapeuten, en waarvoor?
- 10 Bent u wel eens geopereerd, op welke leeftijd?
- 11 Heeft u wel eens botten gebroken, op welke leeftijd?
- 12 Heeft u wel eens medische onderzoeken ondergaan (zoals bloed, darmen, Röntgen enz.) en wat was de uitslag daarvan?
- 13 Werkt u, wat voor werk (lichamelijke belasting, psychische belasting)?
- 14 Sport u? Welke sport(en), hoe vaak in de week en hoe lang?
- 15 Heeft u nog andere hobby's?
- 16 Zijn er erfelijke ziektes in de familie?

Beantwoordt de hieronder gestelde vragen door een kruisje te zetten in de juiste kolom.

	JA	NEE
Heeft u in- of doorslaap problemen		
Is u eetlust veranderd		
Bent u de laatste tijd gewicht verloren		
Bent u de laatste tijd meer prikkel-gevoelig en/of stressgevoelig		
Heeft u last van pijnlijke en/of opgezette (lymfe)klieren		
Bent u de laatste tijd sneller vermoeid		
Heeft u recent een infectie/ontsteking gehad		
Heeft u wel eens hartkloppingen		
Heeft u wel eens pijn op de borst		
Bent u bij/na inspanning kortademig		
Herkent u wel eens zwelling aan uw been/benen		
Heeft u last van spataderen		
Hebt u last van koude handen/voeten		
Heeft u het wel eens benauwd		
Bent u bekend met allergie/allergieën		
Heeft u wel eens last van hyperventilatie		
Hoest u vaak slijm op		
Heeft u wel eens longontsteking gehad		
Heeft u pijn bij het plassen		
Heeft u wel eens een blaasontsteking gehad		
Heeft u wel eens een drang te moeten plassen maar dat dit niet lukt		
Verliest u wel eens ongecontroleerd urine		
Moet u s' nachts naar het toilet		
Heeft u wel eens bloed bij de urine		
Heeft u een voedsel allergie/allergieën		
Heeft u wel eens bloed/slijm bij de ontlasting		
Heeft u een moeilijke en/of pijnlijke stoelgang		
Bent u bekend met maagpijn/ontstekingen in de maagstreek		
Heeft u last van oprispingen/boeren/zuurbrand		
Heeft u vaak last van een opgeblazen gevoel		
Heeft u wel eens krachtsverlies in armen of benen		
Heeft u wel een een gevoelsvermindering in armen of benen		
Bent u vaak duizelig		
Heeft u wel een "vlekken" voor de ogen		
Heeft u wel eens last van oorsuizingen		
Heeft u migraine/ hoofdpijnen		
Bent u epileptisch		
Heeft u wel eens het gevoel op watten te lopen		
Heeft u problemen met uw zicht (zien/kijken)		
Heeft u problemen met uw gehoor		
Heeft u problemen met ruiken		

Wilt u op de onderstaande afbeeldingen aangeven op welke plaats of plaatsen u pijn heeft. Het gaat hierbij niet alleen om uw belangrijkste pijn maar om alle pijn. Wanneer de pijn uitstraalt kunt u dat met een pijltje aangeven.



Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst. Met deze informatie zal natuurlijk vertrouwelijk worden omgegaan en uitsluitend met uw toestemming met derden worden besproken

Handtekening

Datum