

INTAKEFORMULIER

ALGEMEEN

Datum:

Naam Voornaam/-letters M / V

Adres Postcode, Woonpl.

Telefoonnr. 0..... Mobiel nr. 06-.....

Email@.....

Geb. datum Leeftijd jaar

BSN nr.

Huisarts Telefoonnr. 0.....

Verzekering Inschrijfnr.

Verwezen door:

Of: Hoe bent u attent gemaakt op Chiropractisch Centrum Philippo?

.....

Geeft u toestemming voor rapportage aan de huisarts of andere medici? ja / nee

Heeft u eerder een chiropractische behandeling gehad? ja / nee

Zo ja, wanneer?

Van wie?Heeft het geholpen?

KLACHTEN

Voornaamste klacht:

Heeft u deze klacht voor de eerste keer?

De klacht begon wanneer en hoe?

.....

Omcirkel de beschrijving van de pijn: stomp, voortdurend, scherp, pijscheuten, brandend, kloppend, oppervlakkig, diepliggend, zeurend, anders:

INTAKEFORMULIER

Heeft u nog andere klachten of symptomen? Zo ja, beschrijf deze:

.....
Straalt de pijn uit (door) naar andere delen van uw lichaam? Zo ja, waar?

.....
Geef de intensiteit van de pijn / klacht aan: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0 = helemaal geen pijn en 10 = onhoudbaar. Pijn is een subjectief gegeven, maar vult u in hoe U dit voelt. U kunt ook een minimum en maximum aangeven.)

Hoe vaak is de pijn aanwezig per week?

Hoe lang houdt de pijn aan per keer?

Wat maakt de pijn erger?

Wat maakt de pijn minder erg?

Voorgaande interventies (behandelingen, medicatie, operaties of andere zorg) die u voor uw voornaamste klacht heeft gezocht:

.....
Zijn er röntgenfoto's gemaakt? Zo ja, wanneer, waar en wat was de uitslag?

.....
Hoe beïnvloedt uw klacht / de pijn uw leven?

.....

.....

INTAKEFORMULIER

ZIEKTEVERLEDEN

Welke ziektes of kwalen heeft u (gehad) en wanneer?.....

.....

Heeft u ongelukken of verwondingen gehad?

.....

Heeft u ooit botten gebroken? Zo ja, welke en wanneer?

Bent u ergens allergisch voor?

.....

Slikt u medicatie? Zo ja, welke en waarvoor?

.....

Bent u ooit geopereerd? zo ja, wanneer en wat voor operatie?

.....

.....

Hoeveel water drinkt u per dag (kraanwater of mineraalwater, dus naast sap, koffie of thee)?

..... liter per dag.

Kunt u goed slapen? Zo niet, hoe ziet uw nachtrust er uit?

.....

GEZONDHEID VAN DE DIRECTE FAMILIE

Zijn er in uw familie personen met dezelfde klachten als u?

.....

Komen er erfelijke ziekten voor in uw familie?.....

.....

INTAKEFORMULIER

SOCIAAL- EN ARBEIDSLEVEN

Dagbesteding of Beroep:.....

(Dienst-)rooster (hoeveel dagen per week / (on)regelmatig?.....

Leefgewoontes (hobby's, sporten, beweging, dieet, gebruik van alcohol, tabak en/of drugs)

.....

Ervaart u (veel) stress in uw dagelijks leven?

Hoe is uw energieniveau? of: heeft u genoeg energie om de dingen te doen die u wilt doen?

.....

VOOR VROUWEN:

Datum van de eerste dag van uw laatste menstruatie:

Bent u ooit zwanger geweest?

Zo ja, hoeveel kinderen heeft u gekregen, wanneer zijn ze geboren en hoe was het verloop van de zwangerschap en de bevalling?

.....

.....

ONDERTEKENING

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en naar mijn beste weten ingevuld. Hiermee geef ik toestemming aan Chiropractisch Centrum Filippo om mij te voorzien van chiropractische behandeling in overeenstemming met de verklaringen op dit formulier.

handtekening patiënt /
ouder of verzorger

handtekening R.W. Filippo D.C.

.....

.....

datum:

datum:

