

Patiënt(e) Informatie

Datum..... BSN..... Tel .....

Mevr./Dhr. .... Voornaam..... Voorletter(s)....

Adres ..... Woonplaats ..... Postcode.....

Geb. datum ..... Beroep ..... Huisarts.....

e-mail adres .....

Hobby's:.....

Familie/Levens Situatie..... Opleiding.....

Sport:.....

Huidige Situatie:

Uw klachten zijn?.....

Wanneer begonnen zij?.....

Hoe begonnen ze?.....

Wordt u nu behandeld voor uw klachten?.....

Wordt u nu behandeld voor andere problemen?.....

Gebruikt u medicijnen?..... Supplementen?..... Alcohol?..... Koffie?....

.....Hoe veel water per dag? Liter(s) Zoet dranken?

Roken?: #sigaretten per dag, sinds wanneer.....

Verleden Situatie: (anamnese)

Familie ziekten:.....

Ernstige ziekten (zelf):.....

Ongeval, Hersenschudding, Bewusteloos?.....

Heeft u ziekenhuis opnames gehad?, Heeft u chirurgische ingreep gehad? .....

Allergieën:.....

Persoonlijke gewoonten:

Slaapgewoonten? (waaneer, hoelang, m/z wekker).....

Eetgewoonten en bijzonderheden:.....

Spijvertering probleem?.....Buik pijn ooit?.....

Probleem of pijn met plassen of ontlasting (diarreeobstipatie)?.....

Suizingen? ..... Krachtverlies, Spier spasme of Krampen.....

Nekpijn ?.....Hoofdpijn/Migraine?.....Rugpijn?.....

Gevoelstoornis(vreemde gevoeligheid) ?.....

Flauwvallen,duizeligheid, of dubbelzien?.....

Bent u moe, onzeker of heeft u moeilijkheid met concentreren of aandacht?.....

Hoe bent u in contact gekomen met deze praktijk?.....

Hoe komt u hier vandaag (met auto, fiets, te voet, etc.)?.....

Zijn er röntgenfoto's of een scan gemaakt m.b.t. uw klachten?.....Waar?.....

Handtekening hier onder: