



Geachte Mevrouw / Deheer,

Hartelijk dank voor uw aanmelding bij Chiropractie Noordzee en welkom op de praktijk. Wij stellen uw bezoek aan onze praktijk zeer op prijs en danken u voor de gelegenheid u te mogen begeleiden naar een hoger niveau van gezondheid. Chiropractie heeft wereldwijd miljoenen mensen van alle leeftijden geholpen om de kwaliteit van hun leven te verbeteren. Wij willen u de allerbeste zorg kunnen aanbieden, die mogelijk is.

Uw eerste afspraak

Gedurende de eerste consult van ongeveer een uur wordt er een uitgebreide anamnese afgenomen en vindt er een lichamelijk onderzoek plaats. Wij verzoeken u vriendelijk de bijgesloten vragenlijst aan zowel de voor- en achterzijde volledig in te vullen en deze samen met uw verzekeringspasje bij uw eerste afspraak mee te nemen.

** Wilt u alstublieft bij iedere bezoek een handdoek meenemen.

Betaling/kosten

De kosten van het eerste consult bedragen 90 euro. Voor de vervolgconsulten betaalt u 60 euro. Alle consulten dienen direct na de behandeling te worden voldaan. Pinnen is mogelijk, maar u kunt ook contant betalen. Uiteraard ontvangt u een factuur ten behoeve van uw verzekering. De meeste ziektekostenverzekeringen vergoeden minimaal een deel van de chiropractische behandeling. De regelingen verschillen echter per verzekeraar. Wij raden u dan ook aan om vooraf te informeren bij uw verzekeringsmaatschappij.

Afspraken dienen 24 uur van te voren verzet of geannuleerd te worden. Wij hebben dan de mogelijkheid een andere patiënt te kunnen indelen op de vrijgekomen tijd. Niet nagekomen afspraken en afspraken die niet minimaal 24 uur van tevoren zijn afgezegd, worden in rekening gebracht. Mogen wij telefonisch niet bereikbaar zijn, dan kunt u een boodschap inspreken op de voicemail met vermelding van uw naam en telefoonnummer. Wij bellen u dan, indien nodig, zo spoedig mogelijk terug.

Mochten er nog vragen zijn, dan kunt terecht op onze website www.chiopractienoordzee.nl voor meer informatie, of u kunt contact met ons opnemen op: 06-5369 77 39 of via de email: chiopractienoordzee@gmail.com.

Met vriendelijke groet,

Ceci Wong, D.C., CACCP
Thomas Halyk, B.A., D.C., DACBSP, ICSC, CSCS, EMT-B
Chiropractors, Chiropractie Noordzee

Vertrouwelijke Vragenlijst

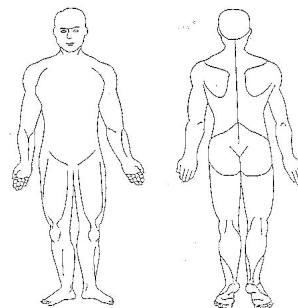
Gelieve dit formulier invullen en meenemen naar uw eerste afspraak.

Achternaam: _____ Voorletters: _____
 Roepnaam: _____ Geboorte datum: _____
 Adres: _____
 Postcode: _____ Woonplaats: _____
 Telefoon (werk): _____ Telefoon (mobiel): _____
 Email: _____ Gehuwd/Ongehuwd/Samenwonend Kinderen: _____
 Werkt u momenteel: Ja/Nee Zo ja, (uw) beroep (is): _____
 Naam Huisarts: _____ Mogen wij uw huisarts inlichten over het verloop van de behandeling? Ja/Nee
 Adres en telefoonnummer huisarts: _____
 Zorgverzekering: _____ Verzekeringsnummer: _____
 BSN# (verplicht): _____ Mogen wij u toevoegen aan onze mailinglijst? Ja / Nee
 Hoe heeft u over Chiropractie Noordzee gehoord: huisarts specialist advertentie internet
 anders, namelijk: _____

Huidige Klacht:

1. Wat is uw belangrijkste klacht(en)? Geef op de tekeningen hiernaast aan waar u precies klachten heeft.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn/Migraine | <input type="checkbox"/> Sportblessure |
| <input type="checkbox"/> Nekklachten | <input type="checkbox"/> Slijtage/Artrose |
| <input type="checkbox"/> Whiplash/andere klachten na ongeluk | <input type="checkbox"/> Stijfheid |
| <input type="checkbox"/> Pijn in schouders/tussen schouderbladen | <input type="checkbox"/> RSI klachten |
| <input type="checkbox"/> Klachten door zwaar werk | <input type="checkbox"/> Slecht slapen |
| <input type="checkbox"/> Pijn in de onderrug/bekken | <input type="checkbox"/> Spier spanning |
| <input type="checkbox"/> Tintelende of gevoelloze ledematen | <input type="checkbox"/> Anders: _____ |



2. Hoe lang heeft u last van bovengenoemde klacht?

- Dagen Weken Maanden Jaren Hele leven

3. Wat is de mogelijke oorzaak van deze klacht?

- Auto ongeluk Val Werk Anders: _____ Ik weet het niet

4. Hoe is deze klacht begonnen?

- Geleidelijk – wisselend of constant aanwezig Plotseling – wisselend of constant aanwezig

5. Wordt de klacht steeds:

- Verbeterd Verslechterd Hetzelfde

6. Heeft u ooit eerder last van deze klacht? Ja / Nee

7. Bent u voor deze klacht onder behandeling (geweest) bij een of meerdere deskundigen?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chiropractor | <input type="checkbox"/> Neuroloog | <input type="checkbox"/> Pijnteam | <input type="checkbox"/> Huisarts |
| <input type="checkbox"/> Homeopathisch arts | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Reumataloog | <input type="checkbox"/> Orthopeed |
| <input type="checkbox"/> Cesar/Mensendieck | <input type="checkbox"/> Acupuncturist | <input type="checkbox"/> Psycholoog/Psychiater | <input type="checkbox"/> Revalidatie-arts |
| <input type="checkbox"/> Manueel therapeut | <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Alternatief genezer | <input type="checkbox"/> Podotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk _____ | | | |

8. Deze klacht wordt erger met:

- Zitten Lopen Staàn Bukken Liggen Beweging Werken
 Tillen Hoofd draaien Hoesten/Niezen/Persen Niet afhankelijk van houding en beweging
 Andere activiteit/houding, namelijk: _____

9. Deze klacht wordt minder met:

- Zitten Lopen Staàn Bukken Liggen
 Beweging Werken Tillen Hoofd draaien Warmte/Koud
 Medicijnen Yoga Rust Sporten Niet afhankelijk van houding en beweging
 Andere activiteit/houding, namelijk: _____

10. Pijn beschrijving/hoe voelt de pijn?

- Zeurend Tintelend Stekend Scherp Brandend
 Diep Oppervlakkig Irriterend Gevoelloos/slapend Vermoeiend/Stijf
 Andere: _____

11. Heeft u last (gehad) van uitstraling?

- Arm L / R vroeger / nu
 Been L / R vroeger / nu

12. Geef aan hoeveel pijn u heeft:

(geen pijn) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (heel veel pijn)

13. Aanwezigheid van de klacht:

- Altijd/Hele dag Meerdere keren per dag Een keer per dag Wisselend (1x per....)

14. Wanneer is de pijn het ergst?

- 's morgens 's middags 's avonds 's nachts

15. Heeft u andere belangrijke klachten of opmerkingen? _____

Medische geschiedenis:

1. Heeft u ooit een ongeval gehad (b.v. auto-ongeluk, fietsongeluk, sportongevallen, van de trap gevallen)? Zo ja, wanneer:

2. Heeft u ooit iets gebroken of bezeerd? Zo ja, wat en wanneer: _____

3. Bent u ooit opgenomen in het ziekenhuis? Zo ja, wanneer: _____

4. Bent u ooit geopereerd geweest? Zo ja, waaraan en wanneer: _____

5. Welke medicijnen neemt u en waarvoor: _____

Voedingssupplementen: _____

6. Speciale Onderzoeken:

Datum van uw laatste testen	< 6 mnd	6-18 mnd	> 18 mnd	nog nooit	
Roëntgenfoto's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinetest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropractisch onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onderzoek bij ander deskundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leefstijl:

1. Hoe zijn uw levensgewoontes:
- | | veel | normaal | weinig | geen | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eetlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suiker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koffie/caffeïne, hoeveel drinkt u per dag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Water, hoeveel glazen drinkt u per dag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcohol, hoeveel glazen drinkt u per dag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Roken, hoeveel per dag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drugs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Slaap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hobby/sport: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
2. Hoe oud is uw matras? _____ Is uw matras comfortabel? ja nee matig
- Hoe slaapt uw? Buik Rug Zij Wisselend
- Hoeveel kussens gebruikt u? _____
3. Gebruikt u:
- Steunzolen L / R Hakverhoging L / R Anders, namelijk: _____
4. Bent u links of rechtshandig: L / R

Patiënt Handtekening: _____ Datum: _____