



Eric Calsbeek
Osteopaat, DO

VRAGENLIJST OSTEOPATHIE

Geachte mevrouw, meneer,

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake gesprek zullen de gegevens met u doorgesproken worden. Uiteraard blijven deze gegevens strikt geheim. Dank voor uw inspanning.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geboortedatum: _____ M/V

Telefoonnummer: _____ E-mail adres: _____

Beroep: _____

Sport, Hobby: _____

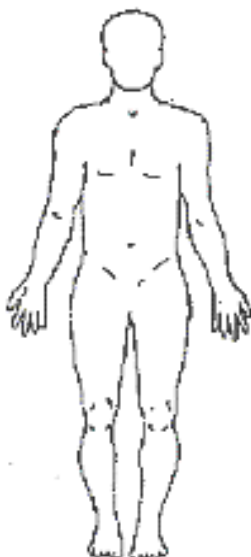
Medicijngebruik: _____

Huisarts: _____ Tel.nr.: _____

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? _____



Wilt u op de figuren
aangeven waar u
uw klachten voelt?
Geef tevens
littetekens in rood aan

Welke omstandigheden geven verbetering? (vb: warmte, kou, rust, beweging, eten, houding, fysieke of psychische belasting, ontspanning) _____

En welke omstandigheden geven verergering? _____

Hoe is uw ontlasting? Regelmatig/onregelmatig/vast/breïig/donker/licht) _____

Wordt u 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat? _____

Heeft u een voorkeur of afkeur voor zoet, zuur, pikant, bitter? _____

Zijn er spijsen en/of dranken die u niet goed liggen? _____

Rookt u? Hoeveel? _____

Drinkt u? Hoeveel? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Heeft u naast uw hoofdklacht ook bijkomende klachten?

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, suikerziekte etc.) en niet-erfelijke aandoeningen.

Moeder: _____

Vader: _____

Overige familieleden: _____

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten op u van toepassing zijn,
De linker kolom is voor oude klachten, de rechter voor recente klachten.

ALGEMEEN

- 0 0 hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks
waar in het hoofd? _____
- 0 0 slapeloosheid
- 0 0 gewichtsverandering: toename/afname
- 0 0 duizeligheid
- 0 0 vermoeidheid: continu/ochtend/middag/avond
- 0 0 allergie
- 0 0 opgezette klieren

LUCHTWEGEN

- 0 0 chronisch hoesten
- 0 0 chronisch verkouden
- 0 0 astma
- 0 0 keelpijn/ontstekingen
- 0 0 ontstekingen bijholtes
- 0 0 oorsuizen

HART EN BLOEDVATEN

- 0 0 hoge/lage bloeddruk
- 0 0 aderverkalking
- 0 0 pijn/beklemmend gevoel op de borst
- 0 0 hartkloppingen
- 0 0 koude handen/voeten
- 0 0 spataders
- 0 0 vocht vasthouden

URINEWEGEN

- 0 0 nierinfectie/nierstenen
- 0 0 pijn bij het plassen
- 0 0 prostaatklachten
- 0 0 blaasontsteking
- 0 0 verandering urine

VROUW

- Zwanger Nee/Ja
- Kinderen Nee/Ja: _____
- Leeftijd eerste menstruatie: _____
- 0 0 pijnlijke menstruatie
- 0 0 onregelmatige menstruatie
- 0 0 langdurige menstruatie
- 0 0 premenstrueel syndroom

MAAG/DARMEN

- 0 0 darmontsteking
- 0 0 verstopping
- 0 0 diarree
- 0 0 opgezette buik
- 0 0 misselijkheid
- 0 0 winderigheid
- 0 0 buikpijn/krampen
- 0 0 maagzuur
- 0 0 bloed bij ontlasting
- 0 0 overig: _____

SPIEREN / GEWRICHTEN

- 0 0 gespannen/slappe spieren
- 0 0 lage rugpijn
- 0 0 nekpijn
- 0 0 tintelingen/uitstraling
- 0 0 gewrichtspijnen
- 0 0 spierpijnen/krampen
- 0 0 bewegingsbeperkingen

HUID

- 0 0 eczeem/uitslag
- 0 0 snel blauwe plekken
- 0 0 droge huid/transpiratie
- 0 0 jeuk

GESTELDHEID

- 0 0 zenuwachtigheid
- 0 0 depressies
- 0 0 concentratiezwakte
- 0 0 angst
- 0 0 veel piekeren
- 0 0 besluiteloos
- 0 0 geïrriteerd
- 0 0 opvliegers
- 0 0 overig: _____