

Vragenlijst osteopathie

Geachte mevrouw, meneer

Een goede diagnose is een startpunt voor een succesvolle behandeling. En voor een goede diagnose is het van belang om van alles te weten over uw klacht en uw mate van gezondheid. Daarom wil ik u vragen om aandachtig deze vragenlijst door te lezen en nauwkeurig de vragen te beantwoorden.

Naam:	M/V
Voorletters:	Roepnaam:
Adres:	Postcode:
Woonplaats:	Geboortedatum:
Tel.nr. vast:	Tel.nr. mobiel:
Emailadres:	
Huisarts:	Adres huisarts:

Wat is de hoofdklacht waarvoor u behandeling zoekt? (bijkomende klachten kunt u verderop vermelden)

Wanneer is de hoofdklacht begonnen? Hoe is het verloop? Is er een duidelijke aanleiding of oorzaak?

Wat denkt u dat de oorzaak van uw klachten is?

Omschrijf dit in eigen woorden:

Wat is de aard van de hoofdklacht? Omschrijf in eigen woorden en omcirkel wat van toepassing is.

Eigen omschrijving van de aard van de klacht:

Pijn: hevig / dofzeurend / scherp / branderig / kloppend / krampen / startstijfheid / ochtendstijfheid / nachtelijke pijn / houdingsafhankelijk

Verloop: wisselend / continu / verminderend / vermeerderend

Uitstraling: Krachtsvermindering / instabiel gevoel / slotklachten / tintelingen / doofheid / slapend gevoel / dof gevoel van de huid / zwaar gevoel / moe gevoel / warm / bleek

Bewegingsbeperking: niet verder kunnen bukken / draaien / buigen

Wat vermindert de klacht en wat verergert de klacht ? Omschrijf dit in eigen woorden en geef dit in onderstaande lijst met een pijltje aan.

Eigen omschrijving:

Rust / beweging / liggen / lopen / staan / zitten / slenteren / bukken / voorovergebogen houdingen / omhoog reiken / naar voren reiken / naar achteren reiken / autorijden / fietsen / traplopen / hoesten / niezen / persen / menstruatie / prostaatklachten / darmklachten

Geef met een cijfer tussen 0 en 10 aan wat de mate is waarin u last heeft van uw klacht. (0 = geen last en 10 = maximaal veel last):

Wat is uw beroep? Wat zijn daarin de belastende factoren?

Welke sporten of hobby's beoefent u?

Hoe is uw leef-, gezins- en woonsituatie? Zijn daarin belastende factoren?

Leeft u bewust gezond? Let u op uw voeding? Ontspant u regelmatig?

Ziektegeschiedenis:

Kunt in chronologische volgorde kort omschrijven welke klachten, ziekten, ongevallen, operaties, behandelingen en belangrijke levensgebeurtenissen en trauma's u in uw leven heeft meegemaakt? Geef een cijfer in de laatste kolom voor de mate van ervaren last of ernst van 0 tot 10, waarbij 0 geen last aangeeft en 10 maximaal veel last.

Leeftijd	Ziekte/ klacht/ ongeval/ operatie/ behandeling/ trauma / levensgebeurtenissen	0-10

Zijn er uitslagen van röntgenfoto's en bloedonderzoek aan u bekend?

Gebruikt u medicijnen? Welke en waarvoor?

Wilt u hieronder aankruisen welke punten op u van toepassing zijn en de aanvullende vragen beantwoorden?

Geef met een cijfer achter de aangekruiste klacht aan wat uw mate van last is. (0 = geen last, 10 maximaal veel last)

Algemeen

0 gezond en vitaal

0 ongezond en weinig vitaal

0 slecht slapen

0 nachtelijk transpireren

- 0 afgevallen. Hoeveel kg in hoeveel tijd?
- 0 aangekomen. Hoeveel kg in hoeveel tijd?
- 0 vermoeid :
 continu / 's ochtends/ 's middags/ s'avonds
- 0 duizelig
- 0 opgezette klieren
- 0 overig:

Huid

- 0 exceem/uitslag
- 0 snel blauwe plekken
- 0 overvloedig transpireren
- 0 droge huid
- 0 jeuk
- 0 overig:

Wervels / Spieren / Banden / Gewrichten

- 0 pijn in spieren. Welke?
- 0 gewrichtsklachten. Welke?
- 0 bewegingsbeperkingen
- 0 lage rugpijn
- 0 nekpijn
- 0 arm –en schouderpijn
- 0 beenpijn
- 0 rheuma
- 0 arthrose
- 0 aangeboren afwijkingen:
- 0 overig:.....

Hoofd/hals

- 0 ogen
- 0 oren
- 0 neus
- 0 gebit
- 0 kaken
- 0 hoofdpijn. Hoe vaak?.....
 Waar in het hoofd?.....
- 0 migraine. Hoe vaak?.....
 Waar in het hoofd?
- 0 duizeligheid
- 0 overige:....

Luchtwegen

- 0 chronisch hoesten
- 0 chronisch verkouden
- 0 verstopte bijholtes
- 0 veel keelpijn / ontstekingen
- 0 oorsuizen
- 0 asthma
- 0 bronchitis
- 0 allergisch voor:.....
- 0 overig:

Hart en bloedvaten

- 0 hartinfarct gehad? Wanneer?
- 0 beklemmend gevoel op de borst
- 0 uitstraling naar arm/ kaken./ tussen schouderbladen
- 0 hartkloppingen
- 0 hoge bloeddruk
- 0 verstopte vaten
- 0 vocht vasthouden
- 0 spataderen
- 0 koude handen of voeten
- 0 overig:.....

Maag, gal, lever, darmen

- 0 maagpijn
- 0 zuurbranden
- 0 oprispingen
- 0 misselijk
- 0 braken
- 0 buikpijn
- 0 verstopping
- 0 diarree
- 0 bloed bij de ontlasting
- 0 voedselallergie. Waarvoor?
- 0 overig:.....

Urinewegen en geslachtsorganen

- 0 pijn bij plassen
- 0 moeilijk plassen
- 0 urineverlies
- 0 veranderde urine. Bloed erbij, donkere urine?
- 0 nierstenen
- 0 blaasontsteking
- 0 prostaatontsteking

- 0 pijn bij het vrijen
- 0 libidoverlies, impotentie
- 0 ontsteking aan geslachtsorganen
- 0 overig:

Vrouw

- 0 nu zwanger. Hoeveel week?
- 0 vroeger zwanger. Hoe vaak?
- 0 bevallingen. Hoe verlopen?
- 0 hoeveel kinderen:
- 0 pijnlijke menstruatie
- 0 onregelmatige menstruatie
- 0 langdurige menstruatie
- 0 onrustig uitstrijkje
- 0 endometriose
- 0 spiraaltje
- 0 overgangsklachten
- 0 verzakking
- 0 gynaecologische operaties:
- 0 overig:

Psyche

- 0 zenuwachtig
- 0 angsten en fobieën. Waarvoor?.....
- 0 depressief
- 0 trauma's. Welke?.....
- 0 overspannenheid
- 0 concentratiezwakte
- 0 veel piekeren
- 0 geïrriteerd
- 0 overige:.....

Hartelijk dank voor het invullen!