|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Algemeen** |  |  | **Maag/Darmen** |
| [ ]  | [ ]  | Hoofdpijn: [ ] dagelijks/[ ] wekelijks/[ ] maandelijks  | [ ]  | [ ]  | Darmontsteking |
|  |  | Waar in het hoofd      | **[ ]**  | [ ]  | Verstopping |
| [ ]  | [ ]  | Slapeloosheid | [ ]  | [ ]  | Diarree |
| [ ]  | [ ]  | Slecht[ ]  inslapen/[ ] doorslapen | [ ]  | [ ]  | Droge mond |
| [ ]  | [ ]  | Gewichtsverandering:[ ]  toename/[ ] afname  | [ ]  | [ ]  | Opgezette buik |
| [ ]  | [ ]  | Duizeligheid | [ ]  | [ ]  | Misselijkheid |
| [ ]  | [ ]  | Vermoeidheid:[ ]  continu/[ ] ochtend/[ ] middag-avond  | [ ]  | [ ]  | Winderigheid |
| [ ]  | [ ]  | Dubbel/vaag zien | [ ]  | [ ]  | [ ] Buikpijn/[ ] krampen  |
| [ ]  | [ ]  | Allergie:      | [ ]  | [ ]  | Borrelende buik |
|  |  |   | [ ]  | [ ]  | Maagzuur |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | Bloedingen |
|  |  | **Luchtwegen / K.N.O.** | [ ]  | [ ]  | Overig:       |
| [ ]  | [ ]  | Ademnood |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | Chronisch hoesten |  |  | **Spieren/gewrichten** |
| [ ]  | [ ]  | Chronisch verkouden | [ ]  | [ ]  | [ ] Gespannen / [ ] slappe spieren  |
| [ ]  | [ ]  | Astma | [ ]  | [ ]  | Lage rugpijn |
| [ ]  | [ ]  | Keelpijn / ontstekingen | [ ]  | [ ]  | Nekpijn |
| [ ]  | [ ]  | Sinusitis (voorhoofds/bijholte ontsteking) | [ ]  | [ ]  | [ ] Tintelingen /[ ]  uitstraling |
| [ ]  | [ ]  | Oorsuizen | [ ]  | [ ]  | Gewrichtspijnen |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ] Spierpijnen /[ ]  krampen  |
|  |  | **Hart en Bloedvaten** | [ ]  | [ ]  | Bewegingsbeperking |
| [ ]  | [ ]  | [ ] Hoge / [ ] lage bloeddruk  | [ ]  | [ ]  | Reuma |
| [ ]  | [ ]  | Opgezette klieren |  |  |  |
| [ ]  | [ ]  | Aderverkalking |  |  | **Huid** |
| [ ]  | [ ]  | Onregelmatige hartslag | [ ]  | [ ]  | [ ] Eczeem /[ ]  uitslag  |
| [ ]  | [ ]  | Pijn / beklemming borst | [ ]  | [ ]  | Snel blauwe plekken |
| [ ]  | [ ]  | Hartkloppingen | [ ]  | [ ]  | [ ] Droge huid /[ ]  transpiratie  |
| [ ]  | [ ]  | [ ] Koude handen /[ ]  voeten | [ ]  | [ ]  | Jeuk |
| [ ]  | [ ]  | Spataders | [ ]  | [ ]  | Snel brekende nagels |
| [ ]  | [ ]  | Vocht vasthouden | [ ]  | [ ]  | [ ] Haaruitval /[ ]  brekend haar  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Urinewegen** |  |  | **Gesteldheid** |
| [ ]  | [ ]  | [ ] Nierinfectie / [ ] nierstenen | [ ]  | [ ]  | Zenuwachtigheid |
| [ ]  | [ ]  | Pijn bij het plassen | [ ]  | [ ]  | Depressies |
| [ ]  | [ ]  | Prostaatklachten | [ ]  | [ ]  | Overbezorgdheid |
| [ ]  | [ ]  | Blaasontsteking | [ ]  | [ ]  | Concentratiezwakte |
| [ ]  | [ ]  | Geslachtsziekte | [ ]  | [ ]  | Geheugenvermindering |
| [ ]  | [ ]  | Verandering urine | [ ]  | [ ]  | Angst |
| [ ]  | [ ]  | Verandering libido | [ ]  | [ ]  | Veel piekeren |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  | Lusteloosheid |
|  |  | **Vrouw Zwanger** **[ ] Ja/****[ ] Nee** | [ ]  | [ ]  | Opkroppen |
|  |  | Leeftijd 1e menstruatie       | [ ]  | [ ]  | Weinig zelfvertrouwen |
| [ ]  | [ ]  | Pijnlijke menstruatie | [ ]  | [ ]  | Verdriet, droefheid |
| [ ]  | [ ]  | Onregelmatige menstruatie | [ ]  | [ ]  | Besluiteloosheid |
| [ ]  | [ ]  | Langdurige menstruatie | [ ]  | [ ]  | Geïrriteerdheid |
| [ ]  | [ ]  | Pijnlijke borsten | [ ]  | [ ]  | Opvliegers |
| [ ]  | [ ]  | Premenstrueel syndroom | [ ]  | [ ]  | Overig:      |
| [ ]  | [ ]  | Witte vloed |  |  |  |

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn. De linker kolom is voor oude

klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u de huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan. Bij keuzemogelijkheden \*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

Ziektegeschiedenis

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt.

2. De kinderziektes die u hebt gehad.

3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.

4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (echtscheiding,

 overspannen, depressies, etc.)

5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Leeftijd** | **Ziekte/klacht/zwangerschap/ontwikkeling** |
| 1. |       |       |
| 2. |       |       |
| 3. |       |       |
| 4. |       |       |
| 5. |       |       |

Bent u ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur)

|  |
| --- |
|       |

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven?

|  |
| --- |
|       |

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen?

|  |
| --- |
|       |

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op?

 Wanneer:

|  |
| --- |
|       |

Verergering van:

|  |
| --- |
|       |

Naam:      Datum: