

Geachte heer/mevrouw,

Wij verzoeken u onderstaande vragenlijst door te nemen en deze zo goed mogelijk in te vullen. Bij het eerste consult zullen we de gegevens met u doornemen. Uiteraard geldt er m.b.t. deze gegevens een geheimhoudingsplicht.

Naam	Voorletters	M/V
Adres	Geb.dat.	
Postcode	BSN	
Woonplaats	Huisarts	
Tel.nr.	Beroep	
Mobielnr.	Sport/Hobby's	
Emailadres	Medicijngebruik	

1) Wat is de reden van uw afspraak

2) Omschrijf uw klacht(en)

3) Wanneer is/zijn deze klacht(en) begonnen

4) Was er sprake van een trauma

- Ja  
 Nee

5) Is/zijn de klacht(en) sinds het begin

- Verminderd  
 Verergerd  
 Gelijk gebleven  
 Anders .....

6) Wanneer/waardoor verergeren uw klacht(en),

*\*denk hierbij aan houding/beweging, rust/bewegen, voeding, spanning e.d.*

7) Bent u voor deze klacht(en) bij de huisarts geweest

- Nee  
 Ja, recentelijk  
 Ja, maar dat was meer dan 3 maanden geleden

8) Bent u voor deze klacht(en) bij een specialist (in het ziekenhuis) geweest

- Nee  
 Ja, recentelijk  
 Ja, maar dat was meer dan 3 maanden geleden

9) Bent u voor deze klacht(en) al elders behandeld, zo ja door wie

- Nee  
 Ja, recentelijk bij:  
 Ja, maar dat was meer dan 3 maanden geleden bij:

10) Zijn er t.a.v. de klacht nadere onderzoeken

- Röntgenfoto's  
 CT-scan  
 MRI-scan  
 Bloedonderzoek  
 Anders

11) Heeft u ook bijkomende klachten

- Nee  
 Ja, nl.

Nu volgen een aantal vragen m.b.t. uw algemene gezondheid

12) Bent u regelmatig moe\*

- Nee
- Ja, ik sta al moe op
- Ja, bij 'geringe' inspanning ben ik al moe
- Ja, ik voel me vaak lusteloos
- Ja, anders

13) Wordt u 's nachts wakker?

- Nee
- Ja, altijd om ong. ....uur
- Ja, maar op verschillende tijden

14) Heeft u voorkeur of afkeer voor:

	voorkeur	afkeer
Zuur		
Zoet		
Pikant		
Bitter		

15) Heeft u sterke behoefte aan zoetheid

- Nee
- Ja

16) Gebruik u zuivelproducten

- Melk, ....glazen/dag
- Yoghurt, .....x/dag (reken hierbij ook vla e.d)
- Kaas, .....boterhammen/dag
- Anders

17) Is er voeding of drinken wat u niet goed ligt

- Nee
- Ja, nl.

18) Hoe is uw ontlasting

- Vast
- Zacht/Breiig
- Vettig
- Diarree
- Anders

19) Hoe vaak heeft u ontlasting

- Meer dan 2x per dag
- 2x/dag tot 1x per 2 dagen
- Minder dan 1x per dagen
- Anders, nl.

		Zo ja, hoeveel per dag
Drinkt u water	Ja / Nee	
Drinkt u koffie	Ja / Nee	
Drinkt u alcohol	Ja / Nee	
Rookt u	Ja / Nee	
Gebruikt u drugs	Ja / Nee	

<u>Algemeen</u>	<u>vroeger</u>	<u>heden</u>	<u>Maag/Darmen</u>	<u>vroeger</u>	<u>heden</u>
Hoofdpijn			Darmontsteking		
Slapeloosheid			Opgezetten buik		
Slecht in slaap komen			Diarreemisselijkheid		
Sterke gewichtstoename			Winderigheid		

Sterke gewichtsafname			Buikpijn/krampen		
Duizeligheid			Maagzuur		
Allergie			Bloed bij ontlasting		
Dubbel zien			Overige:		
Vaag zien					
Slecht horen			<b><u>Spieren / Gewrichten</u></b>		
Oorsuizen			Gespannen spieren		
			Slappe spieren		
<b><u>Luchtwegen</u></b>			Spierpijn		
Veel/vaak hoesten			Spierkramp		
Veel/vaak verkouden			Lage rugpijn		
Astma/COPD			Nekpijn		
Keelpijn/ontstekingen			Tintelingen/Uitstraling		
Bijholte ontstekingen			Gewrichtspijnen		
			Bewegingsbeperking		
<b><u>Hart en Bloedvaten</u></b>			Reuma-aandoening		
Hoge bloeddruk					
Lage bloeddruk			<b><u>Huid</u></b>		
Aderverkalking			Eczeem / Uitslag		
Pijn op de borst			Snel blauwe plekken		
Hartkloppingen			Droge huid		
Koude handen/voeten			Sterke transpiratie		
Spataderen			Jeuk		
Vocht vasthouden			Snel brekende nagels		
			Haaruitval		
<b><u>Urine wegen</u></b>			Brekend haar		
Nierinfectie					
Nierstenen			<b><u>Gesteldheid</u></b>		
Pijn bij plassen			Zenuwachtig		
Prostaatklachten			Depressies		
Blaasontsteking			Overbezorgdheid		
Geslachtsziekte			Concentratieproblemen		
Verandering urine			Geheugenvermindering		
Verandering libido			Angst		
			Veel piekeren		
<b><u>Vrouw</u></b>			Lusteloosheid		
Zwanger**	Ja / Nee		Opkroppen emoties		
Kinderen**	Ja / Nee		Weinig zelfvertrouwen		
Leeftijd 1 <sup>ste</sup> menstruatie			Verdriet, droefheid		
Menstruatie			Besluiteloosheid		
▪ Pijnlijk			Geïrriteerdheid		
▪ Onregelmatig			Overige		
▪ Langdurig					
▪ Premenstrueel syndroom					



praktijk  
voor  
osteopathie

J.A.L. Posthuma D.O.-MRO NL  
Visserhavenweg 63  
2583 DL Den Haag, NL Tel: 015-3610874  
Acacialaan 2d  
2641 AC Pijnacker, NL Tel.: 015 361 0874  
van Breestraat 193-195  
1071 ZN Amsterdam, NL Tel: 020 662 9348  
Mob.: 06-45486709  
E-mail: [osteopathie\\_posthuma@casema.nl](mailto:osteopathie_posthuma@casema.nl)

lid NVO  
NRO nr. 991103  
AGB code 90-024435  
KvK 27359804

▪ Witte vloed					
Pijnlijk borsten					
Overgang					
▪ Opvliegers					

Ondergetekende, de heer / mevrouw

Geeft hierbij wel / geen toestemming om zijn / haar

- Huisarts
- Behandelend arts/specialist, te weten:
- Behandelend(e) therapeut(en), te weten:

In te lichten over de osteopatische behandeling betreffende op pagina 1 genoemde klacht

Geeft hierbij wel / geen toestemming om, ter ondersteuning van de osteopathische behandeling, op te vragen

- Röntgenfoto's
- CT-scan
- MRI-scan
- Bloedonderzoek
- Anders

Datum

Handtekening