

VRAGENFORMULIER VOLWASSENEN

Onderstaand treft u een groot aantal vragen aan die voor mij een waardevolle hulp zijn bij uw behandeling en bijdragen tot een optimaal behandelresultaat. Elke vraag is even belangrijk en geeft inzicht in uw klachten. Indien u ruimte tekort komt kunt u een extra vel bijvoegen met het nummer van de vraag vóór uw antwoord.

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon privé:

Werk:

Mobiel :

E-mail adres:

Geboortedatum :

Geslacht :

Huisarts:

Hoe bent u bij Osteopathie Anne-Miek terecht gekomen?

.....

1 Voor welke klacht(en) komt u hier en sinds wanneer heeft u deze klacht(en)?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2 Zijn er houdingen, bewegingen en/of andere zaken die de klachten verergeren of verminderen?

.....
.....

3 Welke medicijnen gebruikt u of heeft u in het verleden gebruikt (ook de pil en antibiotica) en waarom?

.....
.....
.....

4 Gebruikt u voedingssupplementen en/of volgt u een dieet?

.....
.....
.....
.....

5 Welke ziektes heeft u doorgemaakt en in welk jaar?

.....
.....
.....
.....
.....

6 Bent u ooit onder behandeling van een specialist geweest, wanneer en waarom? (Ook als dit niet in verband staat met deze klachten)

.....
.....
.....
.....

7 Bent u ooit onder behandeling van een therapeut geweest, wanneer en waarom? (Ook als dit niet in verband staat met deze klachten)

.....
.....
.....
.....

8 Welke operaties heeft u ondergaan en in welk jaar?

.....
.....
.....
.....

9 Heeft u wel eens botten gebroken? Zo ja, op welke leeftijd?

.....
.....
.....

10 Heeft u wel eens medische onderzoeken ondergaan? En wat was de uitslag daarvan?

.....
.....
.....
.....

11 Werkt u, en zo ja, wat voor werk en hoe hoog is de lichamelijke belasting en psychische belasting?

.....
.....

12 Sport u en zo ja, wat en hoe vaak?

.....
.....

13 Zijn er erfelijke ziektes in de familie?

.....

Beantwoord de hieronder gestelde vragen door een ja of nee achter de vraag te zetten.

Algemeen welbevinden

Is uw slaappatroon de laatste tijd veranderd	Ja / Nee
Is uw eetlust veranderd	Ja / Nee
Hebt u de laatste tijd gewicht verloren	Ja / Nee
Bent u de laatste tijd meer prikkel-gevoelig en/of stressgevoelig	Ja / Nee
Heeft u last van pijnlijke en/of opgezette (lymfeklieren)	Ja / Nee
Bent u de laatste tijd sneller vermoeid	Ja / Nee
Heeft u de laatste tijd net een infectie/ontsteking gehad	Ja / Nee

Hart/bloedvaten

Heeft u wel eens hartkloppingen	Ja / Nee
Heeft u wel eens pijn op de borst	Ja / Nee
Bent u bij/na inspanning kortademig	Ja / Nee
Herkent u wel eens zwelling aan uw been/benen	Ja / Nee
Heeft u last van spataderen	Ja / Nee
Heeft u last van koude handen/voeten	Ja / Nee

Longen

Heeft u het wel eens benauwd	Ja / Nee
Bent u bekend met allergie/allergieën	Ja / Nee
Heeft u wel eens last van hyperventilatie	Ja / Nee
Hoest u vaak slijm op	Ja / Nee
Heeft u wel eens longontsteking gehad	Ja / Nee

Urinewegen

Heeft u pijn bij het plassen	Ja / Nee
Heeft u wel eens een blaasontsteking gehad	Ja / Nee
Heeft u wel eens een drang te moeten plassen maar dat dit niet lukt	Ja / Nee
Verliest u wel eens ongecontroleerd urine	Ja / Nee
Moet u 's nachts meer dan één keer naar het toilet	Ja / Nee
Heeft u wel eens bloed bij de urine	Ja / Nee

Spijvertering

Heeft u een voedsel allergie/allergieën	Ja / Nee
Heeft u wel eens spontaan diarree (zonder ziek te zijn)	Ja / Nee
Heeft u wel eens bloed bij de ontlasting	Ja / Nee
Heeft u een moeilijke en/of pijnlijke stoelgang	Ja / Nee

Bent u bekend met maagpijn/ontstekingen in de maagstreek	Ja / Nee
Heeft u last van oprispingen/zuurbrand	Ja / Nee
Heeft u vaak last van een opgeblazen gevoel	Ja / Nee

Voeding

Bemerkt u verteringsproblemen bij het eten van een van de volgende producten:

Aardappelen en/of tomaten	Ja / Nee
Uien en/of knoflook	Ja / Nee
Vlees	Ja / Nee
Vis	Ja / Nee
Tarweproducten	Ja / Nee
Zuivelproducten	Ja / Nee

Zenuwstelsel

Heeft u wel eens krachtsverlies in armen of benen	Ja / Nee
Heeft u wel een gevoelsvermindering in armen of benen	Ja / Nee
Bent u vaak duizelig	Ja / Nee
Ziet u wel eens "vlekken" voor de ogen	Ja / Nee
Heeft u wel eens last van oorsuizingen	Ja / Nee
Heeft u migraine	Ja / Nee
Bent u epileptisch	Ja / Nee

Zintuigen

Heeft u wel eens het gevoel op watten te lopen	Ja / Nee
Heeft u vaker dan 1 keer per maand hoofdpijn	Ja / Nee
Heeft u problemen met uw zicht (zien/kijken)	Ja / Nee
Heeft u problemen met uw gehoor	Ja / Nee
Heeft u problemen met ruiken	Ja / Nee

Geopathische belasting

Heeft u een waterbed	Ja / Nee
Zit u vaak achter de computer	Ja / Nee
Belt u veel mobiel	Ja / Nee
Woont u bij/onder hoogspanningsmasten	Ja / Nee

Psyche/stress

Heeft u moeite zich te concentreren	Ja / Nee
Voelt u zich niet uitgerust als u wakker wordt	Ja / Nee
Heeft u problemen om in slaap te komen	Ja / Nee

Heeft u vaak last van nare dromen	Ja / Nee
Heeft u de neiging uzelf onder druk te zetten	Ja / Nee
Bent u vaak somber/gedepimeerd	Ja / Nee
Kunt u zich moeilijk ontspannen	Ja / Nee
Heeft u het idee dat u meer voor uzelf moet opkomen	Ja / Nee
Heeft u de neiging om snel uit uw slof te schieten	Ja / Nee
Raakt u snel overstuur	Ja / Nee
Heeft u de neiging om veel vooruit te plannen	Ja / Nee
Zijn uw stemmingen vaak wisselvallig	Ja / Nee
Heeft u veel behoefte aan controle	Ja / Nee
Voelt u zich snel paniekerig en angstig	Ja / Nee
Heeft u het idee uw werk niet goed aan te kunnen	Ja / Nee
Heeft u soms het idee er niet echt bij te zijn en het leven als een film te beleven	Ja / Nee
Bent u ontevreden met u sociale contacten	Ja / Nee
Heeft u de neiging om conflicten te vermijden	Ja / Nee
Heeft u het idee niet genoeg initiatieven te nemen	Ja / Nee
Bent u zich vooral bewust van uw negatieve eigenschappen	Ja / Nee
Kunt u zien dat bepaalde gedragspatronen zich herhalen in uw leven	Ja / Nee
Heeft u het idee onvoldoende bevestiging in uw leven	Ja / Nee
Vindt het moeilijk om zich een voorstelling te maken hoe uw leven er over 5 jaar uit ziet	Ja / Nee

Divers

Heeft u problemen met uw gebit/tanden	Ja / Nee
Heeft u amalgaan vullingen/wortelkanaalbehandeling gekregen	Ja / Nee
Heeft u wel eens antibiotica of prednison gebruikt	Ja / Nee
Bent u verslaafd aan bv. alcohol, koffie, snoep of drugs	Ja / Nee
Heeft u piercings	Ja / Nee
Rookt u	Ja / Nee

Alleen in te vullen door vrouwen

Bent u wel eens zwanger geweest	Ja / Nee
Heeft u al eens een keizersnede ondergaan	Ja / Nee
Gebruikt u een spiraaltje	Ja / Nee
Heeft u een pijnlijke menstruatie	Ja / Nee
Was uw 1 ^{ste} menstruatie voor uw 11 ^{de} of na uw 15 ^{de} ?	Ja / Nee
Heeft u wel eens bekkeninstabiliteit gehad	Ja / Nee

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst. Met deze informatie zal vanzelfsprekend zorgvuldig worden omgegaan.