

Jules de Kort Osteopaat D.O. tel. 06 15 317 847
Lawickse Allee 86 email jdekort@osteopaat.nl
6707 ALWageningen

Afspraak: _____ Tijd _____

Geachte heer/mevrouw,

Zou u de onderstaande vragen willen doorlezen en zo goed mogelijk willen beantwoorden. Bij de 1e afspraak worden de gegevens met u doorgesproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geb. datum: _____

Telefoon overdag: _____ Email: _____

Huidig beroep: _____ Vorig beroep: _____

Medicijngebruik: _____

Sport/hobby: _____

Huisarts/specialist: _____

Adres/telefoonnummer: _____

Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts. (zonodig aankruisen)

Door wie bent u geïnformeerd/ geadviseerd? _____

WAT IS UW VOORNAAMSTE KLACHT? _____

Wanneer is deze begonnen en hoe is deze ontstaan? _____

Als u pijn heeft kunt u de aard van de pijn omschrijvend? (bijv. stekend, brandend, met uitstraling, beklemmend)

Is er een regelmaat in uw klachten te ontdekken? Vb. 's nachts, opstaan, sporten

Wat geeft verbetering?

Verergering?

Zijn er momenten op de dag van inzinking? _____

Slaapt u goed of wordt u 's nachts regelmatig wakker, hoe laat? _____

Welke voedingsmiddelen/dranken liggen u niet goed _____

Rookt u, _____ gebruikt u alcohol? Zo ja hoeveel _____

Drinkt u koffie? Hoeveel _____

Heeft u op dit moment nog andere klachten?

• _____

• _____

Komen er in uw familie ziekten voor; bijv. erfelijke aandoeningen, suikerziekte, kanker, hart en vaatziekten.
Of andere aandoeningen.

• Moeder _____

• Vader _____

• Andere familieleden _____

Wilt u op deze pagina aankruisen wat van toepassing is voor u.

Linker kolom oude klachten rechts voor meer recentere klachten

Algemeen

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoofdpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Slapeloosheid/slecht inslapen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gewichtsschommelingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Duizeligheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermoeidheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oogproblemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergieën | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Maag/darmen

| | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Darmontsteking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstopping/diarree | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opgezette buik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Misselijkheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Buikkrampen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maagzuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bloedingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overige _____ | | |

Luchtwegen K.N.O.

| | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Benauwdheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronische hoest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chronisch verkouden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehoorproblemen (o.a. suizen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Spiersen en gewrichten

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lage rugpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nekpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tintelingen/uitstraling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bewegingsbeperkingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krampen, spierpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hart en bloedvaten

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hoge/lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Opgezette klieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onregelmatige hartslag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hartkloppingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pijn, beklemming borst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spataderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vocht vasthouden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Huid

| | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Eczeem of uitslag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snel blauwe plekken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeuk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transpiratie/droge huid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haaruitval | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Urinewegen

| | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nierinfectie/stenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pijn plassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blaasontstekingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prostaatklachten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verandering libido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prostaatklachten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verandering libido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesteldheid

| | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Depressief | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zenuwachtig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Concentratieverlies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geheugenvermindering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Piekeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lusteloos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overige _____ | | |

Vrouw

| | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pijnlijke menstruatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Onregelmatige menstruatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Langdurige menstruatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |