

Nieuwe patiënt gezondheidsgeschiedenis

Uitgebreide gezondheidsgeschiedenis voor nieuwe chiropractische patiënten, inclusief wervelkolom gezondheidsgeschiedenis en letselgeschiedenis

Klantgegevens

Voornaam *

Achternaam *

E-mailadres *

Telefoonnummer *

Geboortedatum *

DD / MM / JJJJ

Verwijzingsinformatie

Hoe hoorde u van ons?

☐ Verwijzing door arts

☐ Vriend of familie

☐ Verzekeringsmaatschappij

☐ Online zoekopdracht

☐ Sociale media

☐ Overig

Huisarts

Telefoonnummer arts

Hoofdklacht

Wat is de hoofdrede voor uw bezoek vandaag? *

Waar voelt u pijn of ongemak? *

☐ Hoofd / Hoofdpijn

☐ Nek

☐ Bovenrug

☐ Middenrug

☐ Onderrug

☐ Heup

☐ Linker schouder

☐ Rechter schouder

☐ Linker arm/hand

☐ Rechter arm/hand

☐ Linkerbeen/voet

☐ Rechterbeen/voet

Huidige pijngraad (0 = geen pijn, 10 = ergst mogelijke pijn) *

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
☐ 9 ☐ 10

Hoe zou u de pijn beschrijven?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Scherp | ☐ Dof/Zeurend | ☐ Brandend |
| ☐ Kloppend | ☐ Schietend | ☐ Tintelingen/Gevoelsverlies |
| ☐ Stijfheid | ☐ Voortdurend | ☐ Intermitterend |

Wanneer begon deze pijn? *

- ☐ Vandaag ☐ Een paar dagen geleden ☐ Een paar weken geleden
☐ Een paar maanden geleden ☐ Meer dan een jaar geleden

Wat veroorzaakte of triggerde de pijn?

Letsel- en ongevallengeschiedenis

Hebt u één van de volgende meegemaakt?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Auto-/motorvoertuigongeluk | ☐ Beroepsgerelateerd letsel | ☐ Sportblessure |
| ☐ Uitglijden en vallen | ☐ Tilletsel | ☐ Whiplash |
| ☐ Botbreuk | ☐ Wervelkolomchirurgie | ☐ Geen van bovenstaande |

Geef details over eventuele letsels (data, ontvangen behandelingen)

Heeft u eerder chiropractische zorg ontvangen? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Beschrijf indien van toepassing eerdere chiropractische behandeling en resultaten

Medische aandoeningen

Hebt u momenteel of bent u gediagnosticeerd met één van de volgende aandoeningen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Arthritis | ☐ Osteoporose |
| ☐ Hernia of uitstulping van schijf | ☐ Wervelkanaalvernauwing |
| ☐ Scoliose | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Diabetes | ☐ Hoge bloeddruk |
| ☐ Kanker | ☐ Beroerte of TIA |
| ☐ Pacemaker of ingebouwde device | ☐ Geen van bovenstaande |

Huidige medicijnen en supplementen

Levensstijl en dagelijkse activiteiten

Beroep

Uw werk omvat voornamelijk:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Zitten aan een bureau | ☐ Staan | ☐ Fysieke arbeid |
| ☐ Rijden | ☐ Mix van activiteiten | |

Hoe vaak beoefent u lichaamsbeweging?

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| ☐ Dagelijks | ☐ 3-5 keer per week | ☐ 1-2 keer per week |
| ☐ Zelden | ☐ Nooit | |

Hoe zou u de kwaliteit van uw slaap beoordelen?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Uitstekend | ☐ Goed | ☐ Redelijk |
| ☐ Slecht | | |

Toestemming en handtekening

Ik verklaar dat de bovenstaande informatie naar mijn beste weten nauwkeurig en volledig is. Ik begrijp dat het verstrekken van onjuiste informatie schadelijk voor mijn gezondheid kan zijn. Ik stem ermee in het kantoor op de hoogte te stellen van eventuele veranderingen in mijn gezondheidstoestand.

Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie heb gelezen en begrepen en mijn geïnformeerde toestemming geef.

Ik heb de bovenstaande informatie gelezen en begrepen: _____

Handtekening

Datum

Naam in blokletters

Datum *

DD / MM / JJJJ

Dit formulier is gratis beschikbaar gesteld door Consentify

Consentify zet formulieren zoals deze om in digitale toestemming die uw cliënten via QR-code op hun eigen telefoon ondertekenen — met automatische PDF's, contraïndicatiemarkeringen en versleutelde opslag. Gratis abonnement beschikbaar op <https://getconsentify.com>.

Alleen een sjabloon. Raadpleeg uw eigen erkende beroepsbeoefenaar of juridisch adviseur voordat u deze gebruikt; vereisten verschillen per rechtsmacht en praktijk.