

# Medische vragenlijst HBOT

indien mogelijk met rood invullen



Chiropractor: .....

Dhr.  Mevr.

Achternaam: .....

Geboortenaam: .....

Voorletters: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

Telefoon privé: .....

Mobiel nummer: .....

E-mailadres: .....

Hoe heeft u van ons centrum gehoord:

huisarts  kennis  internet  anders .....

Gehuwd/ongehuwd Aantal kinderen: .....

Verzekeringsmaatschappij: .....

Verzekeringsnummer: .....

Huisarts: .....

Huisarts gevestigd in: .....

Beroep: .....

Werkt u momenteel: ja/nee

Hobby's/sport: .....

BSN: .....

## De belangrijkste klacht is:

.....

.....

.....

## Wanneer is de klacht begonnen:

.....

## Hoe is de klacht ontstaan:

Geleidelijk

wisselend aanwezig

constant aanwezig

Plotseling

wisselend aanwezig

constant aanwezig

## Is er sprake van uitstraling naar:

Arm links/rechts

Been links/rechts

## Wordt erger met:

Zitten

Lopen

Staan

Bukken

Liggen

Beweging

Het hoofd draaien

Hoesten/niezen/persen

Andere activiteiten/houdingen: .....

.....

## Neemt af met:

Zitten

Lopen

Staan

Bukken

Liggen

Beweging

Andere activiteiten/houdingen: .....

.....

## Deskundigen:

### U bent voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

Chiropractor:.....

Huisarts:.....

Fysiotherapeut: .....

Cesar/mensendieck: .....

Manueel therapeut: .....

Podotherapeut:.....

Neuroloog: .....

Revalidatie-arts: .....

Reumatoloog: .....

Acupuncturist: .....

Chirurg: .....

Pijnteam: .....

Homeopathisch arts: .....

Orthopeed: .....

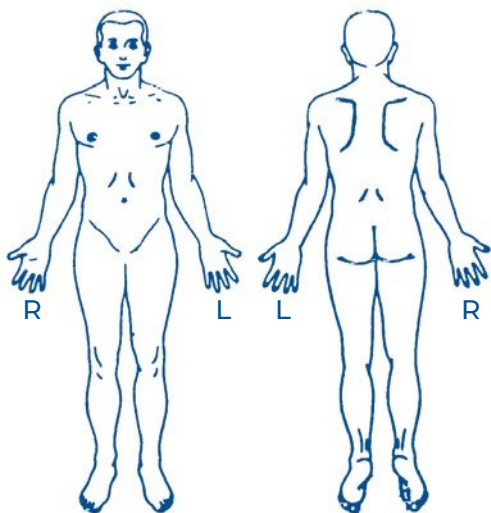
Psycholoog: .....

Alternatief genezer: .....

Andere nl.: .....

.....

## Geef aan waar de klacht zit



voegere problemen  
huidige problemen  
**Spieren en gewrichten**

- Nek
- Tussen de schouders
- Lage rug
- Staartbeen
- Lies links/rechts
- Heup links/rechts
- Been links/rechts
- Knie links/rechts
- Voet of hiel links/rechts
- Schouder links/rechts
- Arm links/rechts
- Elleboog links/rechts
- Hand links/rechts
- Pols links/rechts
- Vingers links/rechts
- Rib links/rechts
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten
- Arthritis
- Jicht

voegere problemen  
huidige problemen  
**Algemeen**

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Oorsuizingen links/rechts
- Slapeloosheid
- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressie
- Aangezichtspijn links/rechts
- Slechte eetlust
- Oor-, neus-, oog- en/of keelklacht
- Voorhoofdsholteontsteking
- Bijholteontsteking
- Oorontsteking links/rechts
- Doofheid links/rechts

- vroegere problemen  
huidige problemen
- Hart en bloedvaten**
- Hartproblemen
  - Beroerte
  - Hoge bloeddruk
  - Lage bloeddruk
  - Spataderen links/rechts
  - Slechte circulatie
  - Zwelling in de enkels links/rechts
  - Bloedarmoede

- Ademhaling**
- Ademhalingsmoeilijkheden
  - Astma
  - Bronchitis
  - Longontsteking
  - Emphyseem
  - Hooikoorts
  - Pijn in de borst
  - Chronische hoest
  - Ophoesten van bloed
  - Ophoesten van slijm

- vroegere problemen  
huidige problemen
- Maag en ingewanden**
- Maagpijn
  - Maagzweer
  - Maagbreuk
  - Galproblemen
  - Leverproblemen
  - Constipatie/moeilijke stoelgang
  - Diarree
  - Overgeven
  - Aambeien
  - Winderigheid
  - Blaas- en waterwegproblemen
  - Nierontsteking
  - Prostaatproblemen
  - Ongecontroleerd urineverlies
  - Blindedarmontsteking

- Huid**
- Jeuk
  - Eczeem
  - Blauwe plekken
  - Droge huid

- vroegere problemen  
huidige problemen
- Vrouwen**
- Overgangsproblemen
  - Menstruatiekrampen
  - Rugpijn tijdens menstruatie
  - Onregelmatige menstruatie
  - Overmatig bloedverlies
- Heeft u een miskraam gehad?
- Bent u mogelijk zwanger?
- Wanneer menstrueerde u voor het laatst: .....

**Andere dingen die wij van u moeten weten:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Condities**
- Angina pectoris
  - Alcoholisme
  - Epilepsie
  - Kanker
  - Multiple sclerose
  - Polio
  - Hersenvliesontsteking
  - Reuma
  - Tuberculose
  - Suikerziekte
  - Ziekte van Pfeiffer
  - Schildklierafwijking
  - Andere nl.: .....

- Tandheelkundig**
- Tandknarst u overdag en/of 's nachts
  - Draagt u een kunstgebit geheel of gedeeltelijk
  - Heeft u 's ochtends wel eens een vermoeid gevoel in de kaken
  - Heeft u kronen
  - Heeft u een brug
  - Heeft u een frame of een plaatje in de mond
  - Heeft u vroeger een beugel gehad
  - Maakt het kaakgewricht wel eens een 'knappend' geluid

- Gebruikt u:**
- Steunzolen
  - Hakverhogingen links/rechts
  - Andere

**Hoe slaapt u:**

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

**Hoe oud is uw matras:**

.....

**Is uw matras comfortabel:**

- Ja
- Nee

<b>Datum van uw laatste testen</b>	korter dan 6 mnd	tussen 6-18 mnd	langer dan 18 mnd	nooit
Urinetest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's/CT/MRI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropractisch onderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartonderzoek:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wij versturen max. 4 nieuwsbrieven per jaar. Wilt u onze tips en aanbiedingen ontvangen?

ja  nee

<b>Gewoontes</b>	veel	normaal	weinig	geen
Eetlust:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koffie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichaamsbeweging:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roken:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik geef toestemming om behandeld te worden en ben ervan op de hoogte dat afspraken tenminste 24 uur van tevoren geannuleerd dienen te worden.

Handtekening: .....

- Ongevallen: .....
- Botbreuken: .....
- Operaties: .....
- Ziekenhuisopnamen: .....
- Mentale ziekten: .....
- Medicijnen die u neemt en waarvoor: .....
- Voedingssupplementen: .....

Mogen wij uw huisarts informeren?

ja  nee

Handtekening: .....

Datum: .....

**Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld en zullen niet worden verstrekt aan derden zonder uw toestemming.**

Voor meer informatie over wetenschappelijk onderzoek: [www.hyperbaarzuurstofcentrum.nl](http://www.hyperbaarzuurstofcentrum.nl)  
Tevens vindt u hier alle informatie en adviezen met betrekking tot eventuele reacties op de behandelingen.