

**Vragenlijst Volwassen**

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM |  |
| VOORNAAM |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat + huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Gemeente |  |
| Gsm + vaste telefoon |  |
| Email  |  |
| Huisarts | Dr.  |
| doorverwezen door |  |

1.Voor welke **klacht**(**en**) heeft u een afspraak gemaakt?

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

3. Hoe **frequent** heeft u deze klacht(en)? (Continu, 1x per dag, 3 dagen per week, één maal per week/maand…)

4. Hebt u voor deze klacht reeds de **huisarts/specialist** of andere therapeut geraadpleegd?

5. Welke **ziektes** heeft u doorgemaakt en in welk jaar? Zijn er erfelijke ziektes in de familie?

6. Welke **operaties** heeft u ondergaan en in welk jaar? Was er een complicatie na de operatie?

7. Heeft u wel eens een **ongeval** of zwaar valpartij gehad? Jaartal + evt. breuken

8. Welke **medicijnen/supplementen** gebruikt u?

9. Medische **onderzoeken** gehad voor deze klacht? (RX, scan, MRI, bloed …)

10. Heeft u nog andere specialisten of therapeuten hiervoor geraadpleegd?

**Enkel in te vullen indien van toepassing**

11. Heeft u nog andere klachten van het bewegingstelsel (spieren, gewrichten,..)

12. Draagt u steunzolen?

13. HART OF BLOEDVATEN PROBLEMEN? (hartkloppingen, pijn in borst, spataderen, aambeien, …)

14. LONGEN OF ADEMHALINGSPROBLEMEN? (kortademig, hyperventilatie, aanhoudende slijm, hoest…)

15. SPIJSVERTERINGSSTOORNISSEN? (oprisping,maagzuur, spontaan diarree, moeilijke stoelgang, bloed in stoelgang, opgeblazen gevoel, …)

16. NIEREN OF BLAAS PROBLEMEN? (blaasontsteking in het verleden, urineverlies, opstaan voor te plassen in de nacht, bloed bij plassen, …)

17.GYNEACO- GENITALE PROBLEMEN? (prostaat, menstruatie,…)

18. ALLERGIEËN? (pollen, huid, voeding, medicatie, …)

19. PSYCHE /STRESS ? (slaapproblemen, angstig, depressie, somber, moeilijk ontspannen)

20. ZENUWSTELSEL? ( krachtverlies, oorsuizingen, migraine, epilepsie, duizelig, …)

21. KAAKPROBLEMATIEK ? (tandenknarsen, pijn bij eten, …)

22. ZINTUIGEN ? (gehoor, zicht, tast, reuk, …)

23. Opmerkingen ?