



Ton van Loosbroek
tonvanloosbroek@euronet.nl
+ 31 (0) 6-54765029

Contactweg 145
1014 BJ Amsterdam
+31 (0) 20-6827788

Olympiaplein 74-A
1076 AG Amsterdam
+ 31 (0) 20-6752053

Gelieve dit pdf-formulier op te slaan op uw computer, en vervolgens in te vullen.

Als u de pdf heeft ingevuld, moet u deze weer opslaan om de gegevens te bewaren. U kunt ook tussentijds opslaan.

De ingevulde en opgeslagen pdf kunt u als bijlage naar ons mailen.

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.

Achternaam:

Voornaam:

M / V

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Email:

Telefoon overdag:

Telefoon bij geen gehoor:

Huidig beroep:

Vorig beroep:

Sport/hobby:

Medicijngebruik:

Huisarts/specialist:

Adres/telefoonnummer:

Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts. (zodig 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? Zo ja hoeveel

Gebruikt u alcohol? Zo ja hoeveel

Drinkt u koffie? Zo ja 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

oud recent

oud recent

Algemeen

Hoofdpijn
Slapeloosheid/slecht inslapen
Gewichtsschommelingen
Duizeligheid
Vermoeidheid
Oogproblemen
Allergieën

Luchtwegen K.N.O.

Benauwdheid
Chronische hoest
Chronisch verkouden
Astma
Sinusitis
Gehoorproblemen (o.a. suizen)

Hart en bloedvaten

Hoge/lage bloeddruk
Opgezette klieren
Onregelmatige hartslag
Hartkloppingen
Pijn, beklemming borst
Spataderen
Vocht vasthouden

Urinewegen

Nierinfectie/stenen
Pijn plassen
Blaasontstekingen
Prostaatklachten
Verandering libido
Prostaatklachten
Verandering libido

Vrouw

Pijnlijke menstruatie
Onregelmatige menstruatie
Langdurige menstruatie

Maag/darmen

Darmontsteking
Verstopping/diarree
Opgezette buik
Misselijkheid
Buikkrampen
Maagzuur
Bloedingen
Overige

Spieren en gewrichten

Lage rugpijn
Nekpijn
Tintelingen/uitstraling
Bewegingsbeperkingen
Krampen, spierpijn

Huid

Eczeem of uitslag
Snel blauwe plekken
Jeuk
Transpiratie/droge huid
Haaruitval

Gesteldheid

Depressief
Zenuwachtig
Concentratieverlies
Geheugenvermindering
Angst
Piekeren
Lusteloos
Overige



ZIEKTEGESCHIEDENIS

Zou u in chronologische volgorde willen omschrijven welke ziektes, operaties, ongevallen u in uw leven heeft doorgemaakt.

Leeftijd Ziektes, operaties, ongevallen

Kinderziektes die u heeft doorgemaakt:

-

Eventuele zwangerschappen en het verloop hiervan.

Andere belangrijke gebeurtenissen, scheiding, depressie, overlijden?

-Welke ziekte was de zwaarste in uw leven?

Heeft u ooit andere behandelingen gehad bv. bij specialist, fysiotherapeut, manuele therapie, homeopaat, acupunctuur.

Gelieve dit pdf-formulier op te slaan op uw computer, en vervolgens in te vullen.

Als u de pdf heeft ingevuld, moet u deze weer opslaan om de gegevens te bewaren. U kunt ook tussentijds opslaan.

De ingevulde en opgeslagen pdf mailt u als bijlage naar: tonvanloosbroek@euronet.nl