

# IAM Craniosacraal Therapie

Tel: 06-12159663

Email: iamcraniosacraaltherapie@gmail.com

---

## ALGEMENE INFORMATIE

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon: \_\_\_\_\_  
Mobiele telefoon: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht: V/M  
Contactpersoon ivm spoedgeval: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

## HUIDIGE GEZONDHEID

Huidige klachten: \_\_\_\_\_  
Wanneer is dit begonnen? \_\_\_\_\_ Heeft u hier een arts voor geraadpleegd Ja Nee  
Wat was the diagnose/behandeling? \_\_\_\_\_  
Zijn uw klachten de laatste tijd:  Erger  Hetzelfde  Onregelmatig  Beter  
Pijngraad (10 is het ergste):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
Beschrijf hoe het voelt als uw probleem op z'n ergst is \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Huidige medicijnen of geneesmiddelen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ACHTERGROND/GESCHIEDENIS

- 1) Bent u doorverwezen door een arts? Ja Nee  
Zo ja, vermeld zijn/haar naam en adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2) Naam huisarts: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_
- 3) Bent uw wel eens geopereerd? Ja Nee Zo ja, waaraan: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Jaar van operatie(s): \_\_\_\_\_
- 4) Heb je ooit hersenletsel opgelopen (licht/zwaar)? (bijv. bij sporten of ongeval) Ja Nee  
Beschrijf letsel: \_\_\_\_\_  
Datum/data van letsel: \_\_\_\_\_
- 5) Heeft u in de afgelopen 6 maanden een hersenbloeding of tia gehad? Ja Nee  
Behoort u tot de risicogroep voor een hersenbloeding of tia? Ja Nee
- 6) Heeft u in de afgelopen maanden een hartaanval/hartinfarct gehad?  
Ja Nee  
Behoort u tot de risicogroep voor een hartaanval/hartinfarct? Ja Nee
- 7) Is er ooit kanker geconstateerd? Ja Nee  
Type: \_\_\_\_\_

**Deze pagina beschrijft een lijst van aandoeningen die wel of niet op u van toepassing zijn. Beantwoord zo accuraat mogelijk om mij een beter inzicht te geven in uw algemene staat van gezondheid en ik u zodoende beter kan helpen.**

Kruis de hokjes aan die op u van toepassing zijn:

**ALGEMEEN**

	Nu	Eerder
Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwarring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressie/Paniek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechthorend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluiten in het oor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechtziend of blindheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinus problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn in het gezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mond en kaak problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HART EN VAAT**

	Nu	Eerder
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch congestief hartfalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartaanval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker/ander mechanisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hersenbloeding/CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en/of voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ADEMHALING**

	Nu	Eerder
Chronische hoest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VIRUS/INFECTIE**

	Nu	Eerder
Huidaandoening(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SPIER/SKELET**

	Nu	Eerder
Chronische rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nekklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mond- en kaakproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moeite met kauwen/klikkende kaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whiplash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatoïde Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spinale Stenose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SPIJSVERTERING**

	Nu	Eerder
Misselijkheid/Braken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coeliakie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBD/Inflammatoire darmziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekte van Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaas-/urine-wegaandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverziekte/-aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierziekte/-aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VOOR BABIES/KINDEREN**

	Nu	Eerder
Geboortetrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met borstvoeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koliek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloosheid/slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhalende oorontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertraging in ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleem hand-oog coördinatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedragsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leerstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PDD/Autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere aandoeningen die niet op de lijst staan, maar die wel van belang kunnen zijn:

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Naam:** \_\_\_\_\_

**Handtekening:** \_\_\_\_\_