

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:

<u>ALGEMEEN</u>	Nu	Eerder	<u>VIRUS/INFECTIE</u>	Nu	Eerder
Moeheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huidaandoening(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwarring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burn-out/Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>SPIER/SKELET</u>	Nu	Eerder
Paniek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stijve spieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Slijmbeursontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechthorend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frozen Shoulder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluiten in het oor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische rugklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechtziend of blindheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nekklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinus problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaakproblemen (TMJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn in het gezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moeite met kauwen/klikkende kaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mond en kaak problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Whiplash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>HART EN VAAT</u>	Nu	Eerder	Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatoïde Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartaandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronisch congestief hartfalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartaanval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>SPIJSVERTERING</u>	Nu	Eerder
Pacemaker/ander mechanisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moeite met slikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hersenbloeding/CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misselijkheid/Braken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en/of voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coeliakie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ADEMHALING</u>	Nu	Eerder	IBD/Inflammatoire darmziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische hoest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ziekte van Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blaas-/urine-wegaandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leverziekte/-aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierziekte/-aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Datum: _____

Naam: _____

Handtekening: _____