



Cliënt nr:

Achternaam(en):
 Voornaam/letters:
 Geboortedatum:
 Adres:
 Postcode:
 Woonplaats:
 Telefoon privé:
 Telefoon Werk:
 Mobiel: 06-.....

Ongehuwd /Gehuwd/Samenwonend/Weduw
 Aantal Kinderen:
 Huisarts:
 Woonplaats huisarts:
 Beroep:
 Bent u momenteel werkzaam? Ja / Nee
 Hobby's/Sport:
 E-mail adres:

Hoe heeft u over ons gehoord? (kruis aan a.u.b.)

Bedrijfs presentatie Info Avond Internet Gouden Gids
 Doorverwezen Kranten artikel/advertentie Spinal Screen Anders, nl:.....
 Doorverwezen door:.....

Heeft u in het verleden röntgenfoto's, MRI- of CT-scans laten maken? Ja / Nee

Ziekenhuis:..... Datum:..... Ziekenhuis:..... Datum:.....
 Ziekenhuis:..... Datum:..... Ziekenhuis:..... Datum:.....

Komt u hier binnen vanwege: een klacht / een check-up (omcirkel aub)

Voor welke klacht(en) komt u bij ons op consult?

.....

Wanneer zijn deze klachten voor het eerst begonnen?

Hoe is uw klacht ontstaan?

Geleidelijk: Hoe?..... Is uw klacht wisselend/constant aanwezig
 Plotseling: Hoe?..... Is uw klacht wisselend/constant aanwezig

Is er sprake van uitstraling naar: Arm Links/Rechts

Been Links/Rechts

Uw klachten worden erger door:.....

Uw klachten worden minder door:.....

Bij wie bent u voor deze klachten onder behandeling geweest?

Waarom komt u nu binnen/wat is uw doel van de behandeling?

Kleur op de tekeningen in waar uw klacht is:

Heeft u een goede eetlust? Ja/Nee
 Hoeveel glazen water drinkt u per dag?
 Hoeveel koppen koffie drinkt u per dag?
 Hoeveel glazen alcohol drinkt u per dag?
 Hoeveel sigaretten rookt u per dag?
 Slaapt u de hele nacht door?
 Loopt of sport u meer dan een per dag? Ja/Nee

Heeft u eens uw rug tijdens een (auto-) ongeval,
 val, of sportongeluk geblesseerd? Ja/Nee
 Zo ja, wanneer en hoe?.....

Heeft u operaties ondergaan Ja/Nee

Welke?
 Botbreuken? Ja/Nee:.....
 Komen er in de familie rug en/of nekkklachten voor?
 Ja/Nee Welke?.....



