



J.A.L. Posthuma D.O.-MRO NL
Visserhavenweg 63
2583 DL Den Haag, NL
Ambachtshof 38A
2632 BB Nootdorp, NL
Mob.: 06-45486709
E-mail: osteopathie_posthuma@casema.nl

lid NVO
NRO nr. 00063
AGB code 90-024435
KvK 27359804

Geachte heer/mevrouw,

Wij verzoeken u onderstaande vragenlijst door te nemen en deze zo goed mogelijk in te vullen. Bij het eerste consult zullen we de gegevens met u doornemen. Uiteraard geldt er m.b.t. deze gegevens een geheimhoudingsplicht.

Naam	Voorletters	M/V
Adres	Geb.dat.	
Postcode	BSN	
Woonplaats	Huisarts	
Tel.nr.	Beroep	
Mobielnr.	Sport/Hobby's	
Emailadres	Medicijngebruik	

1) Wat is de reden van uw afspraak

2) Omschrijf uw klacht(en)

3) Wanneer is/zijn deze klacht(en) begonnen

4) Was er sprake van een trauma

- ☐ Ja
☐ Nee

5) Is/zijn de klacht(en) sinds het begin

- ☐ Verminderd
☐ Verergerd
☐ Gelijk gebleven
☐ Anders

6) Wanneer/door wat verergeren uw klacht(en),

**denk hierbij aan houding/beweging, rust/bewegen, voeding, spanning e.d.*

7) Bent u voor deze klacht(en) bij de huisarts geweest

- ☐ Nee
☐ Ja, recentelijk
☐ Ja, maar dat was meer dan 3 maanden geleden

8) Bent u voor deze klacht(en) bij een specialist (in het ziekenhuis) geweest

- ☐ Nee
☐ Ja, recentelijk
☐ Ja, maar dat was meer dan 3 maanden geleden

9) Bent u voor deze klacht(en) al elders behandeld, zo ja door wie

- ☐ Nee
☐ Ja, recentelijk bij:
☐ Ja, maar dat was meer dan 3 maanden geleden bij:

10) Zijn er t.a.v. de klacht nadere onderzoeken

- ☐ Röntgenfoto's
☐ CT-scan
☐ MRI-scan
☐ Bloedonderzoek
☐ Anders

11) Heeft u ook bijkomende klachten

- ☐ Nee
☐ Ja, nl.

Nu volgen een aantal vragen m.b.t. uw algemene gezondheid

12) Bent u regelmatig moe*

- ☐ Nee
☐ Ja, ik sta al moe op
☐ Ja, bij 'geringe' inspanning ben ik al moe
☐ Ja, ik voel me vaak lusteloos
☐ Ja, anders

13) Wordt u 's nachts wakker?

- ☐ Nee
☐ Ja, altijd om ong.uur
☐ Ja, maar op verschillende tijden

14) Heeft u voorkeur of afkeer voor:

	voorkeur	afkeer
Zuur		
Zoet		
Pikant		
Bitter		

15) Heeft u sterke behoefte aan zoetheid

- ☐ Nee
☐ Ja

16) Gebruik u zuivelproducten

- ☐ Melk,glazen/dag
☐ Yoghurt,x/dag (reken hierbij ook vla e.d)
☐ Kaas,boterhammen/dag
☐ Anders

17) Is er voeding of drinken wat u niet goed ligt

- ☐ Nee
☐ Ja, nl. :

18) Hoe is uw ontlasting

- ☐ Vast
☐ Zacht/Breiig
☐ Vettig
☐ Diarree
☐ Anders

19) Hoe vaak heeft u ontlasting

- ☐ Meer dan 2x per dag
☐ 2x/dag tot 1x per 2 dagen
☐ Minder dan 1x per dagen
☐ Anders, nl.

		Zo ja, hoeveel per dag
Drinkt u water	Ja / Nee	
Drinkt u koffie	Ja / Nee	
Drinkt u alcohol	Ja / Nee	
Rookt u	Ja / Nee	
Gebruikt u drugs	Ja / Nee	

<u>Algemeen</u>	<u>vroeger</u>	<u>heden</u>	<u>Maag/Darmen</u>	<u>vroeger</u>	<u>heden</u>
Hoofdpijn			Darmontsteking		
Slapeloosheid			Opgezette buik		
Slecht in slaap komen			Diarreemisselijkheid		
Sterke gewichtstoename			Winderigheid		

	<u>vroeger</u>	<u>heden</u>		<u>vroeger</u>	<u>heden</u>
Sterke gewichtsafname			Buikpijn/krampen		
Duizeligheid			Maagzuur		
Allergie			Bloed bij ontlasting		
Dubbel zien			Overige:		
Vaag zien					
Slecht horen			<u>Spieren / Gewrichten</u>		
Oorsuizen			Gespannen spieren		
			Slappe spieren		
<u>Luchtwegen</u>			Spierpijn		
Veel/vaak hoesten			Spierkramp		
Veel/vaak verkouden			Lage rugpijn		
Astma/COPD			Nekpijn		
Keelpijn/ontstekingen			Tintelingen/Uitstraling		
Bijholte ontstekingen			Gewrichtspijnen		
			Bewegingsbeperking		
<u>Hart en Bloedvaten</u>			Reuma-aandoening		
Hoge bloeddruk					
Lage bloeddruk			<u>Huid</u>		
Aderverkalking			Eczeem / Uitslag		
Pijn op de borst			Snel blauwe plekken		
Hartkloppingen			Droge huid		
Koude handen/voeten			Sterke transpiratie		
Spataderen			Jeuk		
Vocht vasthouden			Snel brekende nagels		
			Haaruitval		
<u>Urine wegen</u>			Brekend haar		
Nierinfectie					
Nierstenen			<u>Gesteldheid</u>		
Pijn bij plassen			Zenuwachtig		
Prostaatklaften			Depressies		
Blaasontsteking			Overbezorgdheid		
Geslachtsziekte			Concentratieproblemen		
Verandering urine			Geheugenvermindering		
Verandering libido			Angst		
			Veel piekeren		
<u>Vrouw</u>			Lusteloosheid		
Zwanger**	Ja / Nee		Opkroppen emoties		
Kinderen**	Ja / Nee		Weinig zelfvertrouwen		
Leeftijd 1 ^{ste} menstruatie			Verdriet, droefheid		
Menstruatie			Besluiteloosheid		
▪ Pijnlijk			Geïrriteerdheid		
▪ Onregelmatig			Overige		

	<u>vroeger</u>	<u>heden</u>			
▪ Langdurig					
▪ Premenstrueel syndroom					
▪ Witte vloed					
Pijnlijk borsten					
Overgang					
▪ Opvliegers					

Ondergetekende, de heer / mevrouw

Geeft hierbij wel / geen toestemming om zijn / haar

- ☐ Huisarts
- ☐ Behandelend arts/specialist, te weten:
- ☐ Behandelend(e) therapeut(en), te weten:

In te lichten over de osteopathische behandeling betreffende op pagina 1 genoemde klacht

Geeft hierbij wel / geen toestemming om, ter ondersteuning van de osteopathische behandeling, op te vragen

- ☐ Röntgenfoto's
- ☐ CT-scan
- ☐ MRI-scan
- ☐ Bloedonderzoek
- ☐ Anders

Datum

Handtekening