



Sunanda Jordon – CranioSacraal Therapie

TEL: 06-12159663

EMAIL: sunanda@sunandajordon.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	☐	☐
Duizeligheid	☐	☐
Verwarring	☐	☐
Flauwvallen	☐	☐
Depressie/Paniek	☐	☐
Slapeloosheid	☐	☐
Slechthorend	☐	☐
Fluiten in het oor	☐	☐
Slechtziend of blindheid	☐	☐
Sinus problemen	☐	☐
Pijn in het gezicht	☐	☐
Mond en kaak problemen	☐	☐

HART EN VAAT

	Nu	Eerder
Hoge bloeddruk	☐	☐
Lage bloeddruk	☐	☐
Hartaandoeningen	☐	☐
Chronisch congestief hartfalen	☐	☐
Hartaanval	☐	☐
Pacemaker/ander mechanisme	☐	☐
Hersenbloeding/CVA	☐	☐
Koude handen en/of voeten	☐	☐

ADEMHALING

	Nu	Eerder
Chronische hoest	☐	☐
Kortademigheid	☐	☐
Bronchitis	☐	☐
Astma	☐	☐
COPD	☐	☐

VIRUS/INFECTIE

	Nu	Eerder
Huidaandoening(en)	☐	☐
Herpes	☐	☐
HIV	☐	☐
Hepatitis	☐	☐

SPIER/SKELET

	Nu	Eerder
Chronische rugklachten	☐	☐
Nekklachten	☐	☐
Mond- en kaakproblemen	☐	☐
Moeite met kauwen/klikkende kaak	☐	☐
Whiplash	☐	☐
Hoofdpijn	☐	☐
Migraines	☐	☐
Reumatoïde Artritis	☐	☐
Osteoartritis	☐	☐
Spinale Stenose	☐	☐

SPIJSVERTERING

	Nu	Eerder
Misselijkheid/Braken	☐	☐
Coeliakie	☐	☐
IBD/Inflammatoire darmziekten	☐	☐
Colitis Ulcerosa	☐	☐
Ziekte van Crohn	☐	☐
Blaas-/urine-wegaandoening	☐	☐
Leverziekte/-aandoening	☐	☐
Nierziekte/-aandoening	☐	☐
Diabetes	☐	☐

VOOR BABIES/KINDEREN

	Nu	Eerder
Geboortetrauma	☐	☐
Problemen met borstvoeding	☐	☐
Koliek	☐	☐
Rusteloosheid/slaapproblemen	☐	☐
Herhalende oorontstekingen	☐	☐
Vertraging in ontwikkeling	☐	☐
Probleem hand-oog coördinatie	☐	☐
Gedragsproblemen	☐	☐
ADD/ADHD	☐	☐
Leerstoornis	☐	☐
PDD/Autisme	☐	☐

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

Datum: _____

Naam: _____

Handtekening: _____