



Naam	Geb.datum		
Adres			
Postcode	Woonplaats		
Mobiel nummer	E-mail adres		
1 Hoofdklacht			
2 Andere klachten			
3 Bent u in behandeling bij een arts? Ja/Nee - Welke arts(en)?			
4 Gebruikt u medicijnen? Ja/Nee - Welke medicijnen?			
5 Bent u geopereerd? Ja/Nee - Waaraan?		- Wanneer?	
6 Littekens of hechtingen? Ja/Nee - Waar?			
7 Pacemaker of Implantaten? Ja/Nee - Waar?			
8 Hersenschudding gehad? Ja/Nee		- Wanneer?	
9 Amalgaan (grijze vullingen)? Ja/Nee			
10 Slaapt u goed? Ja/Nee	Nee?	Tijdstip wakker:	uur

11 Moet u 's nachts plassen? Ja/Nee

Ja? - Tijdstip:

uur

12 Vaccinaties? - Kinder? Ja/Nee - Covid? Ja/Nee - Andere? Ja/Nee Welke?

13 Hoe is uw ontlasting? - Normaal

- Dik (obstipatie)

- Dun

- Wisselend

14 Zijn er (erfelijke) ziektes in de familie? Ja/Nee - Welke?

15 Tekenbeet gehad? Ja/ Nee

Wanneer?

16 Aanvullende informatie?

Vrouwen:

15 Anticonceptiepil Ja/Nee

16 Zwanger geweest? Ja/Nee

... X

- Zo ja: Natuurlijke bevalling? Ja/Nee

-Complicaties? Ja/Nee

- Welke?

18 Heeft u menstratieklachten?

19 Last van opvliegers? Ja/Nee

Bedankt voor uw medewerking. Wij gaan vertrouwelijk met uw gegevens om.
Deze worden niet doorgestuurd naar derden.

Met het ondertekenen van dit formulier gaat u akkoord
met de Disclaimer en Privacyverklaring beschreven op de website van Corpoli

Plaats:

Datum:

Handtekening:
