



Welkom bij Stringer Chiropractie,

Als nieuwe klant bij StringerChiropractie wil ik je als eerste welkom heten in onze praktijk. Bedankt dat je voor mij gekozen hebt. Ik kijk ernaar uit om samen met jou aan je **gezondheid** en **vitaliteit** te werken en ik beloof je om er alles aan te doen om jouw doelen **zo snel als menselijk mogelijk is** te bereiken. Ik zie veel klanten waarbij chiropractie werkt.

Mijn doel is het vinden en verwijderen van gezondheid ondermijnende stress in jouw zenuwstelsel zo dat jij weer jouw optimale gezondheid en functioneren kan bereiken en behouden door middel van holistische chiropractische zorg.

Chiropractie werkt !

1. Het activeert het zelf-herstellend en zelf-regulerend systeem van het lichaam,
2. Het herstelt en balanceert de vitale levens energie,
3. Het helpt jou om optimale gezondheid en vitaliteit te bereiken en te behouden,
4. Het kan helpen ziektes en symptomen te voorkomen.

Het mooie cadeau van gezondheid is een investering in zowel tijd als geld. Om zoveel mogelijk uit de chiropractische zorg te halen, hebben we een paar suggesties:

1. **Kom op tijd voor je afspraken.** Elke behandeling bouwt verder op de vorige. Het is van belang om je zorgplan te volgen om maximaal resultaat te bereiken,
2. **Volg de adviezen op.** In veel gevallen is wat je thuis, op je werk of in de auto doet van invloed op het herstelproces,
3. **Geef het tijd!** Chiropractie een proces, niet een magische pil. Eventueel passen we je zorgplan aan,
4. **Blijf positief en VERWACHT positieve resultaten.** Zoek, gedurende het zorgplan, naar veranderingen en kijk daar goed naar. Zorg voor een positieve instelling en weet dat herstel zeker mogelijk is. Je geloof en verwachting hebben een grote invloed op het proces, je lichaam en is van groot belang in de heling.

Als er vragen zijn over onze aanbevelingen of jouw persoonlijke zorg, stel ze dan gerust. Zoals ik al zei...ik wil jouw ervaring zo goed mogelijk maken. Ik wil er het beste uithalen. Dus als er IETS is waar je wat over kwijt wilt, laat het mij dan weten.

Ten slotte: bedankt dat je vertrouwen hebt in mij. Ik heb hard gewerkt de laatste jaren om zoveel mogelijk mensen te kunnen helpen en heb daarmee al veel bereikt. Ook wil ik JOU gelukkig en gezond maken.

Nogmaals, van harte welkom.

Joop Stringer

Doctor of Chiropractic.



Algemene Informatie

Voornaam :	Burger Service Nummer:
Achternaam :	Zorgverzekeraar :
Adres :	Verzekeringsnummer :
PC/Plaats :	Beroep :
Telefoon :	Werk je op dit moment : <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Email :	Aantal kinderen :
Geb.Datum : ____ / ____ / ____	Huisarts :

Wie mogen we bedanken dat je bij ons gekomen bent:

Hoe heb je ons gevonden: Google FaceBook Email Krant

De meest zorgverzekeringen zijn voor korte-termijn of crisis situaties zoals ongelukken in plaats van aanvullende gezondheidszorg. Is jouw zorgverzekering bereid om een steentje aan jouw gezondheid bij te dragen

Ja Nee

Beantwoord de volgende vijf vragen en ontdek of chiropractie bij jou past

- | | |
|---|--|
| 1. Geloof je dat je lichaam een zelfhelend vermogen heeft? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 2. Ben je van mening dat je lichaam een eenheid is en alle verschillende systemen met elkaar in verbinding staan? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 3. Wil je op een natuurlijke manier je gezondheid ondersteunen door bijvoorbeeld gezonde voeding en natuurlijke producten te gebruiken? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 4. Heb je behoefte aan een lange-termijnvisie als het om je gezondheid gaat? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 5. Denk je dat als je lichaam vaak uit balans is, dit een grote invloed heeft op je fysieke, mentale en geestelijk welzijn? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |

Als je deze vragen met **JA** hebt beantwoord, dan past de chiropractische levensstijl bij jou.

Steeds meer mensen maken een bewuste keuze om op een natuurlijke manier vitaal en gezond te blijven.
Chiropractie helpt je daarbij.

Jij en je gezin zijn van harte welkom in onze praktijk.



Wat zijn jouw stressoren ?

In de **introductiebijeenkomst** heeft de chiropractor uitgelegd dat het zenuwstelsel alle functies, elke cel en elk orgaan aanstuurt. Het zenuwstelsel wordt beïnvloedt door 3 soorten stress: **Chemische, Fysieke en Emotionele**. Hieronder een aantal vragen om te zien hoe die vormen van stress **jouw** lichaam beïnvloeden.

“Chemische stress is alles wat je eet, drinkt, op je smeert, inademt en beïnvloedt de zenuwen naar diverse onderdelen en organen van het lichaam.”

Chemische Stress:

Hoe is je voeding ?	Slecht	Redelijk	Goed	Perfect
Drink je water ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms	Hoeveel:
Drink je koffie ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms	Hoeveel:
Drink je alcohol ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms	Hoeveel:
Rook je ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Soms	Hoeveel:
Eet je verse groenten ?	dagelijks / wekelijks / maandelijks			
Eet je vers fruit ?	dagelijks / wekelijks / maandelijks			
Eet je verse vis ?	dagelijks / wekelijks / maandelijks			
Drink/eet je zuivel ?	dagelijks / wekelijks / maandelijks			
Eet je brood ?	dagelijks / wekelijks / maandelijks			
Eet je fast food ?	dagelijks / wekelijks / maandelijks			
Snoep je ?	dagelijks / wekelijks / maandelijks			
Gebruik je suiker(s)?	Zoals zoetjes, aspartaam, sucralose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
Gebruik je supplementen / mineralen / vitamines ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja welke:			
Ben je allergisch voor iets ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja welke:			
Ben je ingeënt / gevaccineerd ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja welke:			



“Subluxaties en verwondingen aan de wervelkolom beïnvloeden de zenuwen naar diverse onderdelen en organen van het lichaam.”

Fysieke Stress:

Hoe slaap je ?	<input type="checkbox"/> Rug <input type="checkbox"/> Buik <input type="checkbox"/> Zijde	Hoeveel uur onafgebroken :
Wordt je wakker door pijn ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja : waar dan ?	
Als je opstaat heb je pijn ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja : waar dan ?	
Hoe oud is je matras ?	<input type="checkbox"/> 0-1 jaar <input type="checkbox"/> 2-5 jaar <input type="checkbox"/> 6-10 jaar	
Sport je ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Soms	Wat doe je:
Wat zou je willen doen ?		
Draagt je zooltjes ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Soms	
Overdag	Loop ik uur / dag	Sta ik uur / dag
	Buig ik uur / dag	Zit ik uur / dag
	Til ik zwaar uur / dag	In de file uur / dag
Hoe is je geboorte geweest?	<input type="checkbox"/> Natuurlijk <input type="checkbox"/> Tangverlossing <input type="checkbox"/> Vacuüm <input type="checkbox"/> Keizersnede	
Welke ziektes heb je gehad?	Datum/wat	
Heb je ooit iets gebroken ?	Datum/wat	
Heb je ooit een operatie gehad of in het ziekenhuis gelegen?	Datum/wat	
Ben je ooit ergens vanaf gevallen ? (hoger dan 1m)	Datum/wat	
Ben je ooit aangereden ?	Datum/wat	



*“Je gedachten beïnvloeden de zenuwfuncties van het lichaam,
de vecht-vlucht reactie kost veel energie van je immuunsysteem.”*

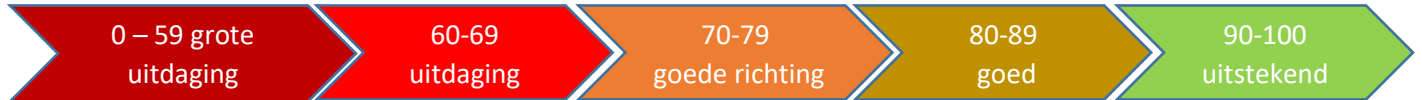
Emotionele Stress:	
Hoe is je stress niveau	Veel Gemiddeld Geen
Hoe is je privé leven	Slecht Redelijk Goed Perfect
Hoe is je werk	Slecht Redelijk Goed Perfect
Heb je emotioneel last van:	
Overlijden van een naaste	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja namelijk
Ziekte van jezelf of naaste	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja namelijk
Financiële problemen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Uitstel gedrag	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Maak je je zorgen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Ben je bang voor iets	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Ben je boos op iets	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Heb je een lage eigendunk	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja



“Pijn is goed! Het is het natuurlijk feedback mechanisme van het lichaam en verteld ons dat er problemen zijn.”

Waarvoor ben je vandaag gekomen ?

Zet een “X” waar je gezondheid nu is en een “O” waar je wilt komen



Omschrijf je symptomen

Graag omcirkelen waar je de symptomen hebt.

Hoe voelt de pijn (meerdere aangeven mag)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doof | <input type="checkbox"/> Scherp |
| <input type="checkbox"/> Tintelend | <input type="checkbox"/> Schietend |
| <input type="checkbox"/> Stijfheid | <input type="checkbox"/> Brandend |
| <input type="checkbox"/> Dof | <input type="checkbox"/> Kloppend |
| <input type="checkbox"/> Pijnlijk | <input type="checkbox"/> Stekend |
| <input type="checkbox"/> Krampend | <input type="checkbox"/> Gezwollen |
| <input type="checkbox"/> Zeurend | <input type="checkbox"/> Anders: _____ |
| <input type="checkbox"/> Straalt uit in L/R Arm , L/R Been | |



(R) Voorkant (L)



(L) Achterkant (R)

Het wordt erger door: Zitten Lopen Staan Bukken Liggen Bewegen Hoofd draaien

Hoesten/Niesen/Persen Anders:

Het wordt beter door: Zitten Lopen Staan Bukken Liggen Bewegen

Anders:

En het beïnvloed mijn: Werk Slaap Sporten/Wandelen Hobby Positieve instelling

Anders:



Gezondheid Informatie

Vul onderstaande tabel in (0 tot 4) uitgaande van de **laatste 30 dagen**:

0 = Nooit Gehad,

1 = Soms gehad, effect is klein

2 = Soms gehad, effect is groot

3 = Regelmatig gehad, effect is klein

4 = Regelmatig gehad, effect is groot

Hoofd: <input type="checkbox"/> Hoofdpijnen <input type="checkbox"/> Flauwvallen <input type="checkbox"/> Duizeligheid <input type="checkbox"/> Slapeloosheid	Energie / Activiteit: <input type="checkbox"/> Moeheid / Sloomheid <input type="checkbox"/> Apathie / Lusteloos <input type="checkbox"/> Hyperactiviteit <input type="checkbox"/> Rusteloosheid	Longen: <input type="checkbox"/> Luchtweginfectie <input type="checkbox"/> Astma, Bronchitis <input type="checkbox"/> Kortademigheid <input type="checkbox"/> Moeite met Ademhalen
Ogen: <input type="checkbox"/> Waterige of Jeukende Ogen <input type="checkbox"/> Gezwollen, Rode of Plakkerige Oogleden <input type="checkbox"/> Wallen of Donkere Randen Onder Ogen <input type="checkbox"/> Troebel of Tunnel Visie (geen ver of kortzichtigheid)	Gewicht: <input type="checkbox"/> Eet / Drink Aanvallen <input type="checkbox"/> Verlangen Naar Bepaald Eten <input type="checkbox"/> Overgewicht <input type="checkbox"/> Obsessief Eten <input type="checkbox"/> Vocht Vasthouden <input type="checkbox"/> Ondergewicht	Hart: <input type="checkbox"/> Onregelmatig of Overslaan Hartslag <input type="checkbox"/> Snelle of Bonzende Hartslag <input type="checkbox"/> Pijn Op De Borst
Oren: <input type="checkbox"/> Jeukende Oren <input type="checkbox"/> Oorpijn, Oor Infecties <input type="checkbox"/> Vocht Uit Oren <input type="checkbox"/> Piep/Suis in Oor L/R <input type="checkbox"/> Doofheid L/R	Emotie: <input type="checkbox"/> Stemningswisselingen <input type="checkbox"/> Angst / Nervuus <input type="checkbox"/> Boos / Geïrriteerd / Agressief <input type="checkbox"/> Depressief	Spijvertering: <input type="checkbox"/> Misselijk, Overgeven <input type="checkbox"/> Diarree <input type="checkbox"/> Constipatie <input type="checkbox"/> Opgeblazen Gevoel <input type="checkbox"/> Boeren, Winden <input type="checkbox"/> Maagzuur <input type="checkbox"/> Darm / Maag Pijn
Neus: <input type="checkbox"/> Volle Neus <input type="checkbox"/> Sinus Problemen <input type="checkbox"/> Hooi Koorts <input type="checkbox"/> Nies Aanvallen <input type="checkbox"/> Overmatig Veel Snot/Slijm	Hersenen: <input type="checkbox"/> Slecht Geheugen <input type="checkbox"/> Verwarring, Minder Begrijpen <input type="checkbox"/> Minder Concentreren <input type="checkbox"/> Minder Fysieke Conditie <input type="checkbox"/> Moeite Met Beslissingen Nemen <input type="checkbox"/> Stotteren of Stamelen <input type="checkbox"/> Moeite met Praten	Mond en Keel: <input type="checkbox"/> Chronisch Hoesten <input type="checkbox"/> Regelmatig Keel Schrapen <input type="checkbox"/> Zere Keel, Heesheid <input type="checkbox"/> Gezwollen of Gekleurde Tong <input type="checkbox"/> Zweren
Huid: <input type="checkbox"/> Acne <input type="checkbox"/> Netelroos, Uitslag, Droge Huid <input type="checkbox"/> Haar Verlies <input type="checkbox"/> Opvlieger <input type="checkbox"/> Overmatig Zweten	Gewrichten/Spijeren: <input type="checkbox"/> Pijnlijke Gewrichten <input type="checkbox"/> Artrose <input type="checkbox"/> Stijfheid of Minder Bewegelijk <input type="checkbox"/> Pijnlijke Spieren <input type="checkbox"/> Zwakke of Moeheid in Spieren	Overig: <input type="checkbox"/> Frequent Ziek <input type="checkbox"/> Frequent of Nodig Urineren <input type="checkbox"/> Genitale Jeuk of Afscheiding
Totaal	Totaal	Totaal
Algeheel Totaal		



<u>Man</u>	
Prostaatproblemen	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Gehad

<u>Vrouw</u>	
Overgang	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Gehad
Menstratiepijn	<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Gehad
Ben je op dit moment zwanger? Of probeer je zwanger te raken ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja
Indien zwanger	
Aantal weken?	
Laatste bezoek vroedvrouw	
Scan gehad? Zo ja wanneer	
Groeit baby volgens statistiek?	
Ziektes / Bloedsuiker problemen ?	
Hoeveel beweegt de baby	
Hoe zijn vorige zwangerschappen geweest?	

<u>Familie gezondheid</u>	
Moeder	
Vader	
Broers/Zussen	
Partner	
Kinderen	



Chiropractie goedkeuring

Chiropractie in deze praktijk is **ENKEL** gericht op het **lokaliseren, onderzoeken, en corrigeren** van wervel **subluxaties** om het **zenuwstelsel** te **vrij te maken** en te **onderhouden**.

Chiropractie in deze praktijk is **NIET** het diagnostiseren, behandelen of genezen van ziektes of aandoeningen in welke vorm dan ook. Wil je **medisch advies** voor een **ziekte** of aandoening, dan raden wij je aan om een afspraak te maken met je **huisarts** of een andere **zorgverlener**.

Ik accepteer dat dit het principe is van Stringer**Chiropractie** en accepteer deze 'Chiropractie goedkeuring' en geef **vrijwillig toestemming** om mijn zenuwstelsel optimaal te laten functioneren door het toepassen van chiropractie.

Ik geef toestemming tot het afnemen van een lichamelijk onderzoek en begrijp dat dit, samen met mijn medische gegevens, noodzakelijk is om te onderzoeken of ik geschikt ben voor chiropractische zorg.

Ik geef wel/geen (*) toestemming dat mijn huisarts wordt geïnformeerd.
(*) *graag doorstrepen wat niet van toepassing is.*

Ik heb de privacy verklaring gelezen op <https://stringerchiropractie.nl/privacy-verklaring/>

.....

(handtekening)

(datum)

Indien onder de 16, graag tekenen door ouder/voogd

.....

(handtekening ouder/voogd)

(datum)