

Invuldatum vragenlijst: ... / ... / 20 ....

Achternaam: ..... Woonadres: .....  
 Voorletters / Roepnaam: ..... Postcode: .....  
 Geboortedatum: ..... / ..... / ..... Woonplaats: .....  
 Getrouwd?  Ja  Nee Telefoon: ..... (prive)  
 Heeft u kinderen  Ja  Nee Aantal: ..... ..... (werk)  
 E-mail adres: .....

Beroep: .....  
 Hobbies: .....  
 Naam huisarts: ..... Van ons gehoord via: .....  
 Praktijk adres: ..... Verwezen door: huisarts/ fysiother./ of .....

Wat zijn uw klachten? .....  
 (graag ook intekenen z.o.z.)

Sinds wanneer heeft u deze klachten? Datum: .... / .... / .....

Wat is de oorzaak van uw klachten? .....  
 Heeft u deze klachten reeds eerder gehad?  Ja  Nee

Straalt de pijn uit (bijv. naar arm of been)?  Ja  Nee

Bent u hiervoor al eerder behandeld?  Ja  Nee

Bent u hiervoor onder behandeling in het ziekenhuis (geweest)?  Ja  Nee

Wat verergert de pijn?  staan  liggen  zitten  sporten  bewegen

Wat vermindert de pijn?  staan  liggen  zitten  sporten  bewegen

Heeft u ook klachten in andere spieren of gewrichten?  Ja  Nee

Heeft u een hart-of vaatziekte?  Ja  Nee

Heeft u klachten aan uw luchtwegen?  Ja  Nee

Heeft u last van uw maag-darm stelsel?  Ja  Nee

Heeft u last van uw nieren / urinewegen?  Ja  Nee

Heeft u last van uw voortplantingsorganen?  Ja  Nee

Heeft u wel eens iets gebroken?  Ja  Nee

Bent u wel eens geopereerd **ó**f in het ziekenhuis opgenomen?  Ja  Nee

Gebruikt u medicijnen?  Ja  Nee

Heeft u hiervan bijeffecten?  Ja  Nee

Heeft u wel eens last van het volgende?

<input type="checkbox"/> Duizeligheid	<input type="checkbox"/> Flauwvallen	<input type="checkbox"/> Oorsuizen
<input type="checkbox"/> Oorpijn	<input type="checkbox"/> Hartkloppingen	<input type="checkbox"/> Pijn bijholtes
<input type="checkbox"/> Kaakpijn	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Migraine
<input type="checkbox"/> Aangezichtspijn	<input type="checkbox"/> Slapeloosheid	<input type="checkbox"/> Vermoeidheid
<input type="checkbox"/> Depressies	<input type="checkbox"/> andere klachten (evt. bespreken)	

Heeft u een van de volgende aandoening(en) (gehad)?:

- |                                      |   |                                       |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Reuma            | <input type="checkbox"/> Bloedziekte  |
| <input type="checkbox"/> Allergie    | <input type="checkbox"/> Erfelijke ziekte | <input type="checkbox"/> Suikerziekte |
| <input type="checkbox"/> Kanker      | <input type="checkbox"/> MS               | <input type="checkbox"/> Epilepsie    |

Heeft u een of meer van de volgende testen of metingen voor uw klacht gehad?

- |  |                                |  |                              |
|--|--------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Röntgen-foto, | <input type="checkbox"/> MRI   | <input type="checkbox"/> CT                            | <input type="checkbox"/> EMG |
| <input type="checkbox"/> Bloed         | <input type="checkbox"/> Urine | <input type="checkbox"/> andere testen (evt.bespreken) |                              |

Heeft u ooit het volgende meegemaakt?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hard gevallen             |
| <input type="checkbox"/> Misstap tijdens het lopen |
| <input type="checkbox"/> Ongeval                   |

Wat zijn uw dagelijkse leefgewoontes m.b.t.:

- |                   |  |   |  |
|-------------------|--|---|--|
| Alcoholgebruik:   | <input type="checkbox"/> > 3 glazen              | <input type="checkbox"/> 1-3 glazen           | <input type="checkbox"/> geen                  |
| Roken:            | <input type="checkbox"/> > 5 sigaretten          | <input type="checkbox"/> 1-5 sigaretten       | <input type="checkbox"/> geen                  |
| Lichaamsbeweging: | <input type="checkbox"/> veel (enkele uren/week) | <input type="checkbox"/> weinig (1 keer/week) | <input type="checkbox"/> geen lichaamsbeweging |
| Slapen:           | <input type="checkbox"/> > 8 uur                 | <input type="checkbox"/> 7-8 uur              | <input type="checkbox"/> < 7 uur               |
| Koffie:           | <input type="checkbox"/> > 4 kopjes              | <input type="checkbox"/> 0-4 kopjes           | <input type="checkbox"/> geen                  |

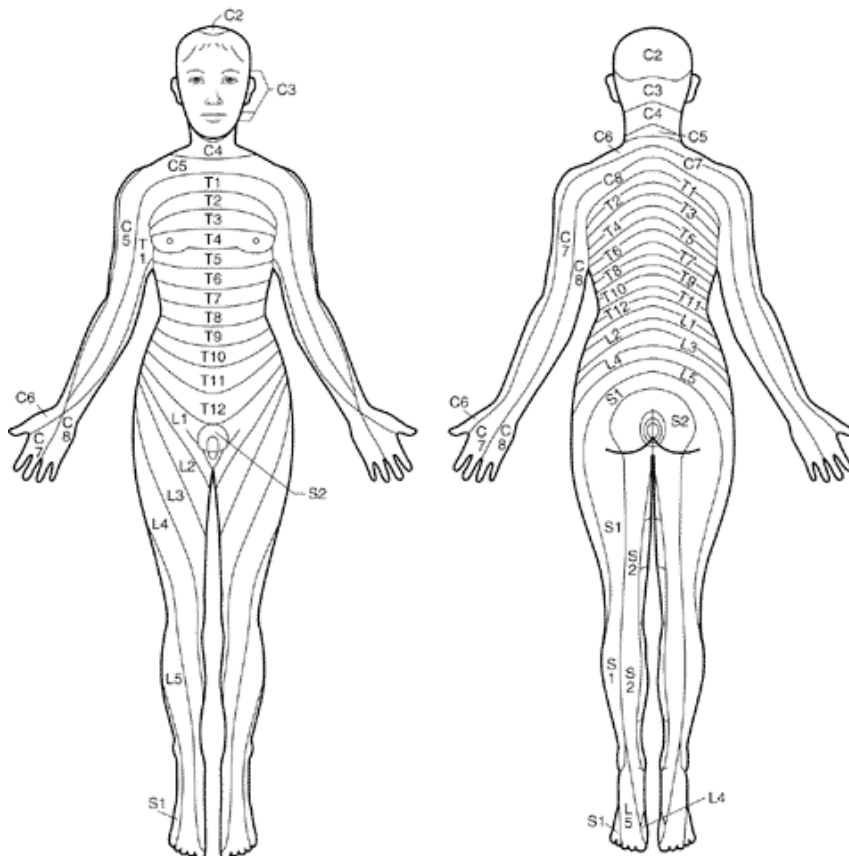
U kunt een afspraakherinnering per mail ontvangen. Wilt u dit?

- Ja  Nee

Wij sturen standaard een evaluatie naar uw huisarts / specialist, mag dit?

- Ja  Nee

Geef met gebruik van een kruisje de locatie van de klachten aan en evt. met een lijn de uitstralende pijn aan:



X : locatie pijn  
Lijn : uitstralende pijn