



Geef met gebruik van de onderstaande symbolen, op de tekeningen de huidige klachten aan:

- Zeurende pijn WWWW
- Stijfheid | | | | | | | |
- Brandende pijn XXXXXXXX
- Gevoelloosheid OOOOOO
- Scherpe pijn + + + + + + + +
- Tintelingen ●●●●●●
- Krampen SSSSSS
- Dofte pijn _____

Wat is de belangrijkste klacht

Hoe en wanneer is deze klacht voor het eerst begonnen

Begin klacht	<input type="checkbox"/> geleidelijk	De klacht is	<input type="checkbox"/> wisselend aanwezig			
	<input type="checkbox"/> plotseling		<input type="checkbox"/> constant			
Wordt het erger met	<input type="checkbox"/> zitten	<input type="checkbox"/> lopen	<input type="checkbox"/> staan	<input type="checkbox"/> bukken	<input type="checkbox"/> liggen	<input type="checkbox"/> beweging
	<input type="checkbox"/> hoofd draaien	<input type="checkbox"/> hoesten/niezen/persen		<input type="checkbox"/> andere activiteiten/houdingen		
Neemt het af met	<input type="checkbox"/> zitten	<input type="checkbox"/> lopen	<input type="checkbox"/> staan	<input type="checkbox"/> bukken	<input type="checkbox"/> liggen	<input type="checkbox"/> beweging
	<input type="checkbox"/> andere activiteiten/houdingen					

Bent u voor dezelfde klachten onder behandeling geweest bij één of meerdere van de hieronder genoemde deskundigen?

- | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Chiropractor | <input type="checkbox"/> Huisarts | <input type="checkbox"/> Revalidatiearts | <input type="checkbox"/> Reumatoloog | <input type="checkbox"/> Manueel therapeut |
| <input type="checkbox"/> Podotherapeut | <input type="checkbox"/> Neuroloog | <input type="checkbox"/> Homeopathisch arts | <input type="checkbox"/> Orthopeed | <input type="checkbox"/> Acupuncturist |
| <input type="checkbox"/> Chirurg | <input type="checkbox"/> Pijnteam | <input type="checkbox"/> Ceasar/Mensendieck | <input type="checkbox"/> Psycholoog | |
| <input type="checkbox"/> Alternatieve genezer | <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> Andere | | |

Mentale ziekten _____	Ongevallen _____
Breuken _____	Operaties _____
Ziekenhuisopnamen _____	Medicijnen die u neemt en waarvoor _____

- | | | | |
|----------------|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| Gebruikt u | <input type="checkbox"/> steunzolen | <input type="checkbox"/> hakverhogingen | <input type="checkbox"/> andere |
| Slaapt u op de | <input type="checkbox"/> rug | <input type="checkbox"/> zij | <input type="checkbox"/> buik |

Eventuele andere opmerkingen waarvan u denkt dat dit belangrijk is voor uw behandeling in deze praktijk

Datum _____ Handtekening _____