

Datum:.....

Naam:..... Geb. datum:.....m/v

BSN:.....

Adres:..... Tel.nr.:.....

Postcode en woonplaats:..... Mobiel:

E-mailadres:.....

Beroep:.....

Sport, hobby, vrije tijd:.....

.....

Medicijngebruik:.....

Reden van consultatie (voornaamste klacht):.....

.....

Wanneer zijn klachten begonnen en onder welke omstandigheden?.....

.....

Aard van de pijn(stekend, brandend, zeurend, schietend, beklemmend, kloppend, doofheid, tintelingen):.....

.....

Waardoor worden klachten erger of minder erg?.....

.....

Hoe is algemene gezondheid?.....

.....

Rookt u? Hoeveel?.....

Gebruikt u alcohol? Hoeveel?.....

Gebruikt u drugs? Welke en hoeveel?.....

Drinkt u koffie? Hoeveel?.....

Bijkomende klachten:.....

.....

Ziektegeschiedenis (doorgemaakte ziektes, operaties, ongevallen, zwangerschappen ziekenhuisopnames etc.):

Leeftijd	Ziekte/Klacht/Zwangerschap etc.
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Eerdere behandelingen:.....

.....

.....