

Naam:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Woonplaats

Telefoonnummer:

UW HUIDIGE KLACHT

Wat is de belangrijkste klacht waar u voor komt?

Waar zit de pijn? Is er uitstraling?

Geef een beschrijving van het beloop, wanneer is het begonnen, wat was de oorzaak?

Waarvan wordt het erger en waarvan beter?

Wat zijn uw beperkingen in dagelijks functioneren, werk of sport?

Welke behandelingen heeft u gehad? Door wie en waar? Resultaat?

Is er aanvullend onderzoek gedaan zoals MRI, Rontgenfoto, EMG, bloedonderzoek etc?
Wat was de uitslag?

MEDISCHE GESCHIEDENIS SINDS UW GEBOORTE

vraag zo nodig uw huisarts om een overzicht.

Operaties met jaartal, reden en eventuele complicaties en restklachten.

Ongelukken, valpartijen, hersenschudding etc.

Ziekte en ziekenhuisopnames met jaartal en restklachten.

Gebruikt u medicijnen? Welke, dosering, reden en hoe lang?

Bent u op dit moment nog ergens onder behandeling?

PRINT DIT FORMULIER UIT EN NEEM DEZE MEE NAAR HET EERSTE CONSULT