

Korte vragenlijst

Naam		<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum		
Straat, huisnummer		
Postcode, Woonplaats		
Naam huisarts		
Telefoonnummer / e-mailadres		
Sportbeoefening:		Sport 1: Uren/week:
		Sport 2: Uren/week:
		Overige sporten: Uren/week:
1	Geef een korte beschrijving van uw klachten (steekwoorden). Voorbeeld: <i>pijnklachten linker knie</i>	
2	Sinds hoe lang heeft u klachten? Voorbeeld: <i>sinds 2 weken</i>	
3	Zijn uw klachten acuut ontstaan (na verdraaiing/verstuiking/val etc.) of geleidelijk?	<input type="checkbox"/> Acuut <input type="checkbox"/> Geleidelijk
4	Als u een cijfer voor uw pijnklacht moet geven, waarbij 0 helemaal geen pijn is en 10 de ergste pijn die u voor kunt stellen, hoeveel pijn heeft u dan: (in rust en bij inspanning)	Pijnscore in rust: Pijnscore bij inspanning:
6	Bent u onder behandeling (geweest) voor deze klacht? Zo ja welke behandeling(en)? <i>Bijvoorbeeld: fysiotherapie, medicijnen, huisarts</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Behandeling(en):
7	Gebruikt u medicijnen, zo ja welke en waarvoor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Medicatie met dosering en reden:
8	Bent u wel eens geopereerd of voor een andere reden in het ziekenhuis opgenomen geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Wanneer/waarvoor:
9	Is er een röntgenfoto/MRI/echo of ander (beeldvormend) onderzoek gemaakt vanwege deze klacht? Zo ja, wat voor onderzoek en met welke uitslag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Toelichting:
10	Opmerkingen	
11	Vindt u het goed dat wij uw huisarts en behandelaar op de hoogte stellen van onze bevindingen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee