

Zelfreflectieformulier Patiënt

A. Lage Rug- en Beenklachten

Ja Nee

1. Hoe lang heeft u al klachten?

< 1 maand > 1 maand > 2 maanden > 6 maanden > 1 Jaar > 2 Jaar > 3 Jaar

2. Omschrijf de pijn

- a. Soort uitstraling tinteling
- b. Tijdstip 's ochtends 's avonds
- c. WanNeer liggend zittend staand lopend

3. Plaats van de pijn

lage rug links rechts heup links rechts bovenbeen links rechts

knie links rechts kuit links rechts scheenbeen links rechts

voet links rechts achillespees links rechts

B. Nek- en Armklachten

Ja Nee

Indien Ja:

1. Plaats van de pijn

nek links rechts schouder links rechts bovenarm links rechts

onderarm links rechts elleboog links rechts pols links rechts

hand links rechts

2. Frequentie

incidenteel dagelijks

3. Duur

< 1 uur > 1 uur > 2 uur

4. Dominante hand

links rechts

C. Hoofdpijn

Ja Nee

Indien Ja:

1. Plaats van de pijn

voorzijde rond de slapen achterzijde

2. Frequentie

incidenteel dagelijks

3. Duur

< 1 uur > 1 uur > 2 uur

D. Heeft u klachten ten aanzien van:

Slapeloosheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Rusteloze benen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Jeuk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Oorsuizen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Koude handen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Koude voeten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Vermoeidheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Energiegebrek	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Lage buikklachten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Dorst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Duizeligheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Benauwdheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Astma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Allergie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoesten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Kramp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Buikklachten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Obstipatie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Eczeem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Incontinentie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

E. Plasfrequentie

Dag < 4x 5 – 8x > 8x
 Nacht 0 – 1x 2 – 4x > 5x

F. Mannen

Potentiestoornissen Ja Nee
 Nadruppen Ja Nee

G. Vrouwen

Onregelmatige menstruatie Ja Nee
 Vruchtbaarheidsproblemen Ja Nee
 Menopauzale klachten Ja Nee
 Stress-incontinentie Ja Nee

H. Overige vragen

- Hoe waardeert u uw fitheid? Niet fit Redelijk fit Erg fit
Hoe slaapt u? Slecht Gemiddeld Goed
Slikt u pijnstillers? Ja Nee
Heeft u een pacemaker? Ja Nee
Rookt u? Ja Nee

- I. Bent u al eerder behandeld? Ja Nee

Indien ja:

1. Bij wie huisarts fysiotherapeut chiropractor
 manueel therapeut orthopeed neuroloog
 overig

2. Type behandeling

- Operatie Ja Nee
Massage Ja Nee
Manipulatie Ja Nee
Medicatie Ja Nee

3. Resultaten van voorgaande therapie

- Goed Voldoende Gemiddeld Slecht

J. Uw gegevens

Naam : _____
Adres : _____

Postcode : _____
Woonplaats : _____
Telefoonnummer : _____
E-mail : _____
Geslacht : _____
Geboortedatum : _____