

BEANTWOORD S.V.P. DE AANGEKRUISTE VRAGEN.

Hebt u uw klachten op de andere zijde duidelijk kunnen maken?
 (x) Ja, volledig
 (y) Nee, slechts gedeeltelijk
 (z) Nee, helemaal niet

	A	B	C	D	E	
1	<input type="checkbox"/> Hoelang heeft u of het kind nu klachten?	<input type="checkbox"/> Heeft u of het kind de klachten voortdurend?	<input type="checkbox"/> Heeft u of het kind deze klachten ooit eerder gehad?	<input type="checkbox"/> Gebruikt u of het kind medicijnen?	<input type="checkbox"/> Bent u zwanger?	1
2		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	2
3		<input type="checkbox"/> Nee, af en toe	<input type="checkbox"/> Ja, is toen door een dokter behandeld	<input type="checkbox"/> Ja, door een dokter voorgeschreven	<input type="checkbox"/> Nee	3
4	...dagen	<input type="checkbox"/> Nee, eenmalig gehad	<input type="checkbox"/> Ja, is niet behandeld	<input type="checkbox"/> Ja, zelf gekochte	<input type="checkbox"/> Mogelijk	4
5	...uur					5
6	MEDICIJNGEBRUIK	<input type="checkbox"/> Welke medicijnen gebruikt u?	<input type="checkbox"/> Antibiotica/Penicilline	<input type="checkbox"/> Laxeermiddel	<input type="checkbox"/> Plaspillen	6
7		<input type="checkbox"/> Slaapmiddel	<input type="checkbox"/> De pil (anticonceptie)	<input type="checkbox"/> Medicijn voor het hart	<input type="checkbox"/> Bloedverdunnend medicijn	7
8		<input type="checkbox"/> Kalmeringsmiddel	<input type="checkbox"/> Hormonen	<input type="checkbox"/> Pijnstillers	<input type="checkbox"/> Bloeddruk medicijn	8
9			<input type="checkbox"/> Cortisonen	<input type="checkbox"/> Insuline		9
10	ALCOHOL, TABAK&DRUGS	<input type="checkbox"/> Indien u een van deze middelen gebruikt, geef aan hoeveel dagelijks.	... Sigaretten	... Glazen alcohol	... Cannabis-sigaretten	10
11			... Sigaren		... gram cocaïne	11
12			... Pijp		... gram heroïne	12
13	FAMILIEZIEKTEN	<input type="checkbox"/> Kruis aan welke van deze ziekten bij directe bloedverwanten voorkomen.	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> Gal-/Nierstenen	<input type="checkbox"/> Reuma	13
14			<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Bloedziekten	<input type="checkbox"/> Zenuw- of geestesziekten	14
15			<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk		15
16			<input type="checkbox"/> Maagzweer	<input type="checkbox"/> Hartinfarct	<input type="checkbox"/> Kanker	16
17			<input type="checkbox"/> Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Beroerte	<input type="checkbox"/> Allergieën	17
18	ZIEKTEGESCHIEDENIS	<input type="checkbox"/> Indien u momenteel aan een van deze ziekten lijdt, kruis deze dan aan.	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Beroerte	<input type="checkbox"/> Geelzucht	18
19			<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Bloedziekte	<input type="checkbox"/> Malaria	19
20			<input type="checkbox"/> Nierstenen	<input type="checkbox"/> Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Tropische virusziekte	20
21			<input type="checkbox"/> Galstenen	<input type="checkbox"/> Schildklierkwaal		21
22		<input type="checkbox"/> Indien u in het verleden aan een van deze ziekten geleden hebt, vul dan het jaartal in waarin deze ziekte optrad.	<input type="checkbox"/> Acuut reuma	<input type="checkbox"/> Leverziekte	<input type="checkbox"/> HIV-besmetting	22
23			<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Bent u ooit geopereerd?	23
24			<input type="checkbox"/> Hemofilie	<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Nee	24
25			<input type="checkbox"/> Trombose	<input type="checkbox"/> Maagzweer	<input type="checkbox"/> Ja, in	25
26			<input type="checkbox"/> Hartkwaal	<input type="checkbox"/> Dam infectie	...	26
27			<input type="checkbox"/> Angina pectoris			27
28	EERDERE GELJKSOORTIGE KLACHTEN	<input type="checkbox"/> Wat was het resultaat van de eerdere behandeling?	<input type="checkbox"/> Waaruit bestond die behandeling?	<input type="checkbox"/> Hebt u de klachten sinds het eerste optreden voortdurend gehad?		28
29		<input type="checkbox"/> Volledige genezing	<input type="checkbox"/> Operatie			29
30		<input type="checkbox"/> Verbetering	<input type="checkbox"/> Medicijnen	<input type="checkbox"/> Ja		30
31		<input type="checkbox"/> Verslechtering	<input type="checkbox"/> Bestraling	<input type="checkbox"/> Nee, tot nu toe niet meer gehad		31
32		<input type="checkbox"/> Behandeling had geen invloed	<input type="checkbox"/> Fysiotherapie	<input type="checkbox"/> Nee, af en toe gehad		32
33			<input type="checkbox"/> Iets anders	<input type="checkbox"/> Alleen in bepaalde jaargetijden		33
34						34
35	WAT DE KLACHTEN BEÏNVLOEDT	<input type="checkbox"/> Wanneer gaat het beter en wanneer slechter?	Houding	Geestelijk	Functie	35
36			<i>slechter</i> <i>beter</i>	<i>slechter</i> <i>beter</i>	<i>slechter</i> <i>beter</i>	36
37		Tijdstip	<input type="checkbox"/> In rust <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opwinding <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Slapen <input type="checkbox"/>	37
38		<i>slechter</i> <i>beter</i>	<input type="checkbox"/> Liggend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nerveusiteit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stoelgang <input type="checkbox"/>	38
39		<input type="checkbox"/> Ochtend <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rechtop zitten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Drinken <input type="checkbox"/>	39
40		<input type="checkbox"/> Middag <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vooroverbuigen <input type="checkbox"/>	Temperatuur	<input type="checkbox"/> Lopen <input type="checkbox"/>	40
41		<input type="checkbox"/> Avond <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Warmte <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bewegen <input type="checkbox"/>	41
42		<input type="checkbox"/> Nacht <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Koude <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Inspanning <input type="checkbox"/>	42
43	ALLERGIE	<input type="checkbox"/> Kruis aan indien u er overgevoelig voor bent.	<input type="checkbox"/> Bepaald medicijn naam.....	<input type="checkbox"/> Antibiotica	<input type="checkbox"/> Narcose	43
44				<input type="checkbox"/> Contrastvloeistof	<input type="checkbox"/> Bepaald voedsel	44
45	PIJN	<input type="checkbox"/> Hoe ervaart u de pijn?...als	<input type="checkbox"/> Stekend	<input type="checkbox"/> Straalt de pijn uit?	<input type="checkbox"/> Kaak	45
46		<input type="checkbox"/> Drukkend	<input type="checkbox"/> Krampend	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Arm	46
47		<input type="checkbox"/> Dof	<input type="checkbox"/> Brandend	<input type="checkbox"/> Ja, naar de linker.....	<input type="checkbox"/> Hals	47
48		<input type="checkbox"/> Borend	<input type="checkbox"/> Beklemmend	<input type="checkbox"/> Ja, naar de rechter.....	<input type="checkbox"/> Bil	48
49		<input type="checkbox"/> Zeurend		<input type="checkbox"/> schouder	<input type="checkbox"/> Been	49
50	PSYCHO-SOCIAAL WELBEVINDEN	<input type="checkbox"/> Voelt u zich zo erg in de put dat niets u kan opvrolijken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Hebt u grote problemen? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, met mijn partner	<input type="checkbox"/> Ja, binnen de familie <input type="checkbox"/> Ja, financieel	50 51 52
53	ALGEMEEN WELBEVINDEN	<input type="checkbox"/> Kruis aan indien er iets is veranderd in: <input type="checkbox"/> de regelmaat van de ontlasting <input type="checkbox"/> het plassen	<input type="checkbox"/> Hebt u zomaar gewicht verloren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Slaapt u goed? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Bent u vaak ziek? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	53 54 55 56
57	EERDERE ZWANGERSCHAP	<input type="checkbox"/> Bent u eerder zwanger geweest?	<input type="checkbox"/> Kruis s.v.p. aan wat toepassing is. <input type="checkbox"/> Doodgeboren kind gehad <input type="checkbox"/> Miskraam gehad <input type="checkbox"/> Voortijdige bevalling gehad <input type="checkbox"/> Twee- of meerling gehad	<input type="checkbox"/> Hebt u ooit gezondheidsproblemen gehad vanwege een zwangerschap? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Nierproblemen	<input type="checkbox"/> Hartproblemen <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk <input type="checkbox"/> Suikerziekte <input type="checkbox"/> Bloedingen <input type="checkbox"/> Zwangerschapsvergiftiging	57 58 59 60 61
62	HART EN ADEMHALING	<input type="checkbox"/> Hebt u ook nog andere verschijnselen bij klachten? <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Tintelingen in de vingers <input type="checkbox"/> Stijfheid van vingers of arm <input type="checkbox"/> Stijfheid rond de mond	<input type="checkbox"/> Ademnood <input type="checkbox"/> Misselijkheid <input type="checkbox"/> Steken in de borst	<input type="checkbox"/> Flauwtes <input type="checkbox"/> Transpiratie <input type="checkbox"/> Gestoord gezichtsvermogen	62 63 64
65	SPIJSVERTERING	<input type="checkbox"/> Wanneer hebt u klachten? <input type="checkbox"/> Voortdurend	<input type="checkbox"/> Vooral 's nachts <input type="checkbox"/> Bij lege maag	<input type="checkbox"/> Na het eten <input type="checkbox"/> Na bepaald voedsel		65 66
67	MENSTRUATIE	<input type="checkbox"/> Hoeveel dagen geleden was het einde van uw laatste menstruatie?	...dagen	<input type="checkbox"/> Is de duur of regelmaat van de menstruatie veranderd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	67 68
69	VOORBEHOEDSMIDDELEN	<input type="checkbox"/> Gebruikt u de pil of het spiraaltje?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> De pil sinds: maanden	<input type="checkbox"/> Het spiraaltje sinds ... maanden	69 70
71	VACCINATIES	<input type="checkbox"/> Welke vaccinaties gehad?	<input type="checkbox"/> Kinkhoest <input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Kinderverlamming	<input type="checkbox"/> Rode hond <input type="checkbox"/> Mazelen	71 72
	A	B	C	D	E	