

## WAT IS DE REDEN VAN UW KOMST?

### U MANKEERT IETS:

- Kruis dan aan wat dit is.
- Bij meerdere klachten deze allen aankruisen.

### UW KIND MANKEERT IETS:

- Kruis dan aan wat dit is (Voor kinderen van 0-4 in de aparte rubriek).

### U KOMT VOOR DEZELFDE KLACHT WAARVOOR U HIER EERDER BENT BEHANDELD:

- Hoe is het nu met uw klachten?*
- (a) Deze zijn verdwenen
  - (b) Deze zijn minder geworden
  - (c) Deze zijn hetzelfde gebleven
  - (d) Deze zijn erger geworden
  - (e) Ik heb nu andere klachten (kruis deze aan in de betreffende rubriek)

### U HEEFT GEEN KLACHT DOCH U WENST:

#### Geboortebeperving

#### U wenst?:

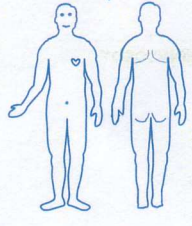
- (f) De pil
- (g) Het spiraalje
- (h) De morning after pil

#### Medicijnen

- (i) Meer van de medicijn die u gebruikt

#### Controle of onderzoek

- (j) Ik wil weten of ik zwanger ben
- (k) Inwendige controle (vrouwen)
- (l) Prostaatonderzoek (mannen)
- (m) Controle van bloed (vanwege eerdere trombose)
- (n) Controle bloeddruk

	A	B	C	D	
<b>SLAAPPROBLEMEN</b>	1 <input type="checkbox"/> Problemen met inslapen 2	<input type="checkbox"/> 's Nachts wakker worden en niet meer kunnen slapen	<input type="checkbox"/> Grote behoefte aan slaap overdag		1 2
<b>KOORTS de koorts? .....</b>	3 <input type="checkbox"/> komt met aanvallen 4 <input type="checkbox"/> is de hele dag onveranderd	<input type="checkbox"/> treedt alleen 's nachts op <input type="checkbox"/> gaat samen met rillingen	<b>De hoogst gemeten temperatuur is?...</b> ... °C	<input type="checkbox"/> Temperatuur is niet gemeten	3 4
<b>MOEHEID</b>	5 <input type="checkbox"/> Al moe bij het opstaan	<input type="checkbox"/> Moe na een kleine inspanning	<input type="checkbox"/> Na een paar uur op moe		5
<b>HOOFD</b>	6 <input type="checkbox"/> Pijn in het gezicht	<input type="checkbox"/> Duizeligheid bij draaien van het hoofd	<input type="checkbox"/> Duizeligheid in aanvallen	<input type="checkbox"/> Voortdurende duizeligheid	6
<b>hoofdpijn</b>	7 <input type="checkbox"/> Hoofdpijn aan één zijde	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn en nekpijn	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn boven de ogen	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn en misselijkheid	7
<b>geestelijke problemen</b>	8 <input type="checkbox"/> Zenuwachtigheid 9 <input type="checkbox"/> Neerslachtigheid	<input type="checkbox"/> Vergeetachtigheid <input type="checkbox"/> Niet kunnen concentreren	<input type="checkbox"/> Verwardheid <input type="checkbox"/> Problemen met spreken		8 9
<b>OGEN</b>	10 <input type="checkbox"/> Veraf niet meer goed kunnen zien 11 <input type="checkbox"/> Niet meer goed kunnen lezen 12 <input type="checkbox"/> Zwarte vlekken zien	<input type="checkbox"/> Flitsen zien <input type="checkbox"/> Dubbele beelden zien <input type="checkbox"/> Door een waas zien	<input type="checkbox"/> Branderige ogen <input type="checkbox"/> Overmatig tranen <input type="checkbox"/> Iets in het oog		10 11 12
<b>NEUS</b>	13 <input type="checkbox"/> Pijn in de neus 14 <input type="checkbox"/> De neus is verstopt	<input type="checkbox"/> Vaak moeten niesen <input type="checkbox"/> Vaak neusbloedingen	<input type="checkbox"/> Niet meer goed kunnen ruiken		13 14
<b>OREN</b>	15 <input type="checkbox"/> Oorpijn 16 <input type="checkbox"/> Jeuk in het oor	<input type="checkbox"/> Niet meer goed kunnen horen <input type="checkbox"/> Er komt vuil uit het oor	<input type="checkbox"/> Brommen of suizen horen <input type="checkbox"/> Er zit iets in het oor		15 16
<b>KEEL - MOND</b>	17 <input type="checkbox"/> Zweetjes of blaasjes in de mond 18 <input type="checkbox"/> Opgezwollen tong 19 <input type="checkbox"/> Pijnlijke tong	<input type="checkbox"/> Droge mond <input type="checkbox"/> Kiespijn <input type="checkbox"/> Keelpijn	<input type="checkbox"/> Niet goed kunnen slikken <input type="checkbox"/> Graatje of botje in de keel <input type="checkbox"/> Sterm kwijt	<input type="checkbox"/> Heesheid <input type="checkbox"/> Opgeven van bloed zonder hoesten <input type="checkbox"/> Opgeven van slijm zonder hoesten	17 18 19
<b>HOESTEN</b>	20 <input type="checkbox"/> Kriebelhoest uit de keel 21 <input type="checkbox"/> Droge hoest uit de borst	<b>Hoesten met opgeven van:</b> <input type="checkbox"/> Bloed	<input type="checkbox"/> Helder slijm <input type="checkbox"/> Groen/gelig slijm	<input type="checkbox"/> Roestkleurig slijm <input type="checkbox"/> Taaie rochels	20 21
<b>HART ADEMHALING</b>	22 <input type="checkbox"/> Hartkloppingen 23 <input type="checkbox"/> Onregelmatige hartslag 24 <input type="checkbox"/> Soms overslaan van een hartslag	<input type="checkbox"/> Niet goed kunnen ademen door beklemming op de borst <input type="checkbox"/> Ademhalen is pijnlijk	<input type="checkbox"/> Aanvallen van ademnood		22 23 24
<b>PIJN IN BORST, BUIK, RUG OF NEK</b>	25 <b>Hoe ernstig is de pijn?</b> 26 27 <input type="checkbox"/> Heftig 28 <input type="checkbox"/> Matig 29 <input type="checkbox"/> Licht	<b>Hoe is de pijn begonnen?</b> <input type="checkbox"/> Plotseling <input type="checkbox"/> Langzaam erger geworden <input type="checkbox"/> Snel erger geworden	<b>Is de pijn voortdurend hetzelfde?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, soms meer pijn, soms minder <input type="checkbox"/> Nee, ook periodes zonder pijn <input type="checkbox"/> Nee, de pijn is van plaats veranderd		25 26 27 28 29
<b>HUID - Niet zichtbare huidafwijking</b>	30 <input type="checkbox"/> Pijn 31 <input type="checkbox"/> Jeuk 32 <input type="checkbox"/> Overmatig zweten	<input type="checkbox"/> Gevoelloosheid <input type="checkbox"/> Tintelingen <input type="checkbox"/> Haaruitval	<input type="checkbox"/> Knobbels onder de huid		30 31 32
<b>HUID - Zichtbare huidafwijking</b>	33 <b>Hoelang is deze al aanwezig?</b> 34 ... dagen 35 ... jaren 36 <input type="checkbox"/> Vanaf de geboorte	<b>Kruis aan wat van toepassing is'</b> <input type="checkbox"/> Het jeukt <input type="checkbox"/> Het is groter geworden <input type="checkbox"/> Het bloedt waleens	<input type="checkbox"/> Het doet pijn		33 34 35 36
<b>ARMEN EN BENEN</b>	37 <input type="checkbox"/> Pijn 38 <input type="checkbox"/> Gewicht zit op slot 39 <input type="checkbox"/> Spieren zijn zwakker geworden	<input type="checkbox"/> Pijn na een stukje lopen, die verdwijnt na even rusten <input type="checkbox"/> Spierstijfheid na het opstaan	<input type="checkbox"/> Spierstijfheid gedurende de hele dag <input type="checkbox"/> Niet goed kunnen bewegen		<input type="checkbox"/> Verminderde controle (arm of been doet niet wat u wilt) <input type="checkbox"/> Ongewilde trillingen/bewegingen
<b>SPIJSVERTERING</b>	40 <input type="checkbox"/> Misselijkheid 41 <input type="checkbox"/> Pijn bij het slikken 42 <input type="checkbox"/> Niet kunnen slikken 43 <input type="checkbox"/> Zeer vaak de hiek hebben	<input type="checkbox"/> Overmatige dorst <input type="checkbox"/> Geen eetlust meer hebben <input type="checkbox"/> Opgeblazen gevoel <input type="checkbox"/> Veelvuldig moeten boeren	<input type="checkbox"/> Erge winderigheid <input type="checkbox"/> Oprispingen van maagzuur <b>Braken van:.....</b> <input type="checkbox"/> Speeksel	<input type="checkbox"/> Voedselresten <input type="checkbox"/> Bloed <input type="checkbox"/> Gal	40 41 42 43
<b>ONTLASTING</b>	44 <input type="checkbox"/> Pijn bij de ontlasting 45 <input type="checkbox"/> Aambeien 46 <input type="checkbox"/> Jeuk rond de anus 47 <input type="checkbox"/> Ongewild verlies van ontlasting	<b>Geen ontlasting sinds:.....</b> ...dagen <input type="checkbox"/> De ontlasting is soms dik, soms dun	<b>Diarree of afwijkende ontlasting: deze is:</b> <input type="checkbox"/> Waterig <input type="checkbox"/> Zeer hard	<input type="checkbox"/> Met wormen <input type="checkbox"/> Met bloed <input type="checkbox"/> Teerachtig	44 45 46 47
<b>VROUWELIJK GESLACHTSORGAAN</b>	48 <input type="checkbox"/> Jeuk inwendig 49 <input type="checkbox"/> Jeuk uitwendig	<input type="checkbox"/> Overmatige afscheiding <input type="checkbox"/> Afscheiding met bloed	<input type="checkbox"/> Sterk ruikende afscheiding <input type="checkbox"/> Pijn bij geslachtsgemeenschap	<input type="checkbox"/> Bloedverlies bij of na geslachtsgemeenschap	48 49
<b>BORSTEN</b>	50 <input type="checkbox"/> Opgezwollen of pijnlijk	<input type="checkbox"/> Knobbels in een borst	<input type="checkbox"/> Verandering aan borst of tepel		50
<b>MENSTRUATIE</b>	51 <b>Menstruatie is overtijd sinds:.....</b> 52 ...dagen	<input type="checkbox"/> Veel pijn tijdens de menstruatie <input type="checkbox"/> Veel bloedverlies	<input type="checkbox"/> De periode tussen menstruaties is veranderd	<input type="checkbox"/> Bloedverlies tussen menstruaties	51 52
<b>ZWANGERSCHAP</b>	53 <b>Ik ben zwanger en ik:.....</b> 54 <input type="checkbox"/> wil weten of alles goed is	<input type="checkbox"/> verlies bloed <input type="checkbox"/> verlies gewicht	<input type="checkbox"/> voel geen kindbeweging meer	<input type="checkbox"/> voel weeën	53 54
<b>URINELOZING</b>	55 <input type="checkbox"/> Kleine hoeveelheden plassen, maar zeer vaak 56	<input type="checkbox"/> Niet kunnen plassen <input type="checkbox"/> Branderig gevoel bij het plassen	<input type="checkbox"/> Vaak het bed uit moeten om te plassen <input type="checkbox"/> Urine 'verliezen'	<input type="checkbox"/> Bloed in de urine <input type="checkbox"/> Urine is troebel en/of stinkt	55 56
<b>MANNELIJK GESLACHTSORGAAN</b>	57 <input type="checkbox"/> Jeuk aan of rond de penis 58 <input type="checkbox"/> Zweer/uitslag op of bij de penis	<input type="checkbox"/> Afscheiding uit de penis <input type="checkbox"/> Pijn in de balzak	<input type="checkbox"/> Knobbels in de balzak <input type="checkbox"/> Geen erectie meer kunnen krijgen		57 58
<b>PEUTERS EN BABIES Het kind heeft?.....</b>	59 <input type="checkbox"/> Koorts 60 <input type="checkbox"/> Pijn 61 <input type="checkbox"/> Voortdurend huilen 62 <input type="checkbox"/> Lusteloosheid 63 <input type="checkbox"/> Reageert niet op de omgeving 64 <input type="checkbox"/> Wil niet drinken 65 <input type="checkbox"/> Wil niet eten	<input type="checkbox"/> Oorpijn <input type="checkbox"/> Kan niet of moeilijk slikken <input type="checkbox"/> Heeft iets ingeslikt (teken of toon een zelfde voorwerp) <input type="checkbox"/> Heeft gif genomen (toon verpakking) <input type="checkbox"/> Keelpijn <input type="checkbox"/> Loopneus	<input type="checkbox"/> Braakt tijdens de voeding <input type="checkbox"/> Braakt krachtig na de voeding <b>Diarree sinds:....</b> ...dagen <b>Geen ontlasting sinds:.....:</b> ...dagen <input type="checkbox"/> Moet veel hoesten	<b>Ademhalingsproblemen:.....</b> <input type="checkbox"/> vooral 's nachts <input type="checkbox"/> in aanvallen <input type="checkbox"/> voortdurend <input type="checkbox"/> Huiduitslag of vlekjes <input type="checkbox"/> Heeft een stuipaarval gehad	59 60 61 62 63 64 65
	A	B	C	D	