

Naam:

Datum:

Vragenlijst DTF

Wilt u deze vragen beantwoorden? Tijdens de intake nemen we samen het formulier door.

	Ja	Nee	NTV
Is uw klacht het gevolg van een val of ongeluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, kunt u het pijnlijke lichaamsdeel belasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u hoofdpijn of is uw hoofdpijn erger geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u hoofdpijn met misselijkheid, braken, oogproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u voor het eerst lage rugpijn en bent u jonger dan 20 of ouder dan 50 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van positie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u 's nachts pijn die niet minder wordt met even bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een doof gevoel of tintelingen in bepaalde delen van het lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een gevoel van krachtsverlies in bepaalde delen van het lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd last van spraakproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd moeite met uw evenwicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd last van verwardheid en/of geheugenverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verliest u soms de controle over uw blaas of ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u onder behandeling van een specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u onder behandeling van een psycholoog of psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u momenteel veel stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw algemene gezondheid de laatste tijd afgenomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u momenteel ziek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd onverklaarbare koorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u problemen met slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft uw arts ooit gezegd dat u hartproblemen heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u pijn op de borst bij inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste vier weken pijn op de borst gehad zonder dat u zwaar werk deed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verliest u wel eens uw bewustzijn of uw evenwicht (als gevolg van duizeligheid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft een arts u afgeraden om u in te spannen, te sporten of te bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staat u onder controle bij de trombosedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit goed- of kwaadaardige tumoren gehad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u de laatste tijd gewicht verloren zonder verklaring (meer dan 5 kg. / mnd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u in het verleden ernstig ziek geweest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u langdurig gebruik gemaakt van corticosteroiden (ontstekingsremmers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>