



SCREENFORMULIER GNATHOLOGIE

Geachte heer/mevrouw,

U bent met ons in contact gekomen om u, in verband met bepaalde lichamelijke klachten, nader te laten onderzoeken en u eventueel te laten behandelen. Een advies over de behandeling die in uw geval het beste lijkt kunnen we op een verantwoorde manier geven, als we een duidelijk beeld hebben van de aard van de klachten, hoe lang u deze klachten al heeft en voor welke klachten u al eens eerder behandelend bent.

Door gebruik te maken van een vragenlijst is het mogelijk de wachttijden flink te verkorten. Gebleken is dat, als u in deze lijst voorkomende vragen goed en zorgvuldig beantwoordt, dit detandarts-gnatholoog een goed beeld geeft van de klachten, zoals die door u ervaren worden. Dit helpt hem/haar bij het onderzoek dat noodzakelijk is voor het stellen van een juiste diagnose.

Tijdens het eerste gesprek wordt u in de gelegenheid gesteld uw antwoorden nader toe te lichten en/of vragen te stellen. Het niet invullen van vragen heeft geen consequenties voor de voortgang van het onderzoek naar uw klachten. De door u verstrekte gegevens zijn een belangrijke aanvulling en ondersteuning van het onderzoek dat noodzakelijk is alvorens en behandelingsadvies kan worden gegeven. Deze informatie kan/zal eveneens worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en zal uiteraard strikt vertrouwelijk worden behandeld.

Indien niet anders vermeld hebben de vragen steeds betrekking op de situatie van het afgelopen jaar. Het is de bedoeling dat u de gestelde vragen zoveel mogelijk alléén invult, zonder hulp van anderen. De meeste vragen kunt u beantwoorden door voor het door u gekozen alternatief een kruisje te zetten. Sommige antwoorden dient u te omschrijven. Let goed op dat u geen vragen overslaat en probeert u de vragen zo nauwkeurig mogelijk te beantwoorden.

Naast dit [Screenformulier](#) ontvangt u een [Gezondheidsvragenlijst](#) en een formulier [Toestemming voor gnathologische behandeling](#). Bij een vervolgbehandeling vraag ik u het Toestemmingsformulier voor gnathologische behandeling te ondertekenen. Nadat wij uw formulieren hebben ontvangen, krijgt u een afspraak voor het eerste consult.

Tarieven:

Bij de intake door de tandarts-gnatholoog wordt, naast de diagnostiek, bekeken of de patiënt in aanmerking kan komen voor de regeling voor bijzondere tandheelkunde, die vrij strikte bepalingen oplegt. Door een goede samenwerking met de verzekeraars bestaat er een soepele machtigingsaanvraag procedure, waardoor de patiënt kan rekenen op een snelle start van de behandeling na de diagnostische fase.

U zult na het eerste consult een begroting krijgen van de aangevraagde kosten bij de zorgverzekeraar. Bijzondere tandheelkunde valt in het basispakket; houdt u er rekening mee dat behandeling onder de basisverzekering, meetelt voor uw eigen risico.

U helpt ons en uzelf door gegevens betreffende eerder uitgevoerde behandelingen in verband met uw klachten (bijvoorbeeld röntgen opnamen, opbeet plaat of spalk, medicijnlijst) mee te nemen.

Met vriendelijke groet,
Jan Thijssen



DEEL I

Naam _____ M V

Voorletters _____

Voornaam _____

Geboortedatum _____

Straat _____

Postcode en plaats _____

Telefoon/mobiel _____

E-mail _____

Burgerservicenummer _____

Burgerlijke stand alleenstaan gehuwd/samenwonend gescheiden weduwe/weduwnaar

Uw Beroep _____

Naam / adres / emailadres verwijzer: _____

Naam / adres / emailadres huisarts: _____

Naam / adres / emailadres tandarts: _____

Bovenstaande volledig invullen!



Wat zijn uw voornaamste klachten? (in volgorde van belangrijkheid)

Wanneer ontstaan?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Hieronder staan een aantal symptomen vermeld. Kunt u aangeven in welke volgorde uw symptomen zijn ontstaan? U doet dit door de symptomen te nummeren. Het symptoom dat zich het eerste voordeed geeft u een '1', het symptoom dat daarna ontstond geeft u een '2' en zo verder tot u alle symptomen die u heeft (en heeft gehad) zijn genummerd.

- | | | | |
|-------|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|
| _____ | wijd open blijven staan van de mond | _____ | blokkeren van de kaken |
| _____ | knappen van de kaken | _____ | pijn bij bewegen van de kaken |
| _____ | kraken/schuren van de kaken | _____ | bewegingsbeperking van de onderkaak |
| _____ | pijn in het gelaat | _____ | kiespijn |

Bent u al eerder behandeld voor de klachten waarvoor u nu advies en/of behandeling vraagt?

Zo ja, door wie?

- | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | tandarts | <input type="checkbox"/> | kaakchirurg | <input type="checkbox"/> | huisarts |
| <input type="checkbox"/> | logopedist | <input type="checkbox"/> | fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> | keel-, neus- en oorarts |
| <input type="checkbox"/> | psycholoog | <input type="checkbox"/> | neuroloog | <input type="checkbox"/> | reumatoloog |
| <input type="checkbox"/> | _____ | | | | |

Welke therapie?

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | spalk | <input type="checkbox"/> | fysiotherapie | <input type="checkbox"/> | inslijpen |
| <input type="checkbox"/> | manueletherapie | <input type="checkbox"/> | oefeningen | <input type="checkbox"/> | pijnstillers |
| <input type="checkbox"/> | psycholoog | <input type="checkbox"/> | injecties in het pijngebied | | |
| <input type="checkbox"/> | _____ | | | | |

Zijn er in het afgelopen jaar röntgenfoto's gemaakt van uw kaakgewricht(en)?

ja nee

Veel aandoeningen veroorzaken pijnklachten. De plaats waar men pijn voelt kan informatie verschaffen over de mogelijke oorzaak van de pijn. Het is daarom van belang, dat de tandarts van u precies te weten komt waar u regelmatig pijn heeft.

Er volgen nu vragen die betrekking hebben op eigenschappen van pijnklachten in de kaak, het hoofd, de nek en de schouder. Mocht u geen pijnklachten hebben in deze gebieden, dan kunt u doorgaan naar deel II. Om een duidelijk beeld te krijgen van de plaatsen waar u regelmatig pijn voelt, wordt u gevraagd om te omschrijven waar u de pijn voelt. Geef u ook aan waar de pijn het ergst is en waar het minder is.

Alléén over de gebieden waar u de ergste pijn ervaart (gebied 1) worden op de volgende bladzijden een aantal vragen gesteld.



GEBIED 1 (meestepijn)

Om een goede indruk te krijgen van de mate waarin u pijn heeft maken wij onder meer gebruik van een horizontale lijn, waarop u kunt aangeven hoe erg de pijn is in het betreffende gebied. U kunt dit doen door ergens tussen beide eindpunten (géén pijn — de meest intense pijn die u zich kunt voorstellen) een vakje in te kleuren.

Voorbeeld:

Geen pijn Meest intense pijn voorstelbaar

1a. Wilt u nu op de onderstaande lijn de mate van uw pijn in gebied 1 zoals die nu aanwezig is aangeven?

Geen pijn Meest intense pijn voorstelbaar

b. Wilt u nu op de onderstaande lijn de mate van uw pijn in gebied 1 aangeven, zoals u die de afgelopen vier weken gemiddeld hebt ervaren?

Geen pijn Meest intense pijn voorstelbaar

c. Wilt u nu op de onderstaande lijn de mate van uw pijn in gebied 1 aangeven, zoals u in de afgelopen vier weken maximaal hebt ervaren?

Geen pijn Meest intense pijn voorstelbaar

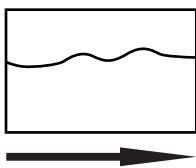
d. Wilt u nu op de onderstaande lijn de mate van uw pijn in gebied 1 aangeven, zoals die door u bij een succesvolle behandeling als dragelijk wordt ervaren?

Geen pijn Meest intense pijn voorstelbaar

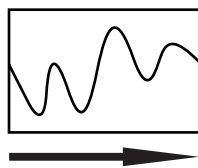
2a. Hoe lang duurt de pijn meestal?

enkele seconden enkele minuten 1 kwartier 1 uur enkele uren 1 dag langer

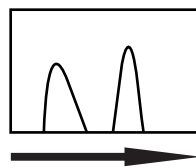
b. Welk patroon past het meest bij de pijn in gebied 1



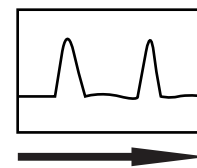
I. altijd aanwezig
geringe schommelingen



II. altijd met sterke
schommelingen



III. pijnaanvallen
ertussen pijnvrij



IV. pijn aanvallen
tussendoor ook pijn aanwezig

3. Hoe vaak heeft u op deze plaats pijn?

altijd een of enkele keren per week
 minder vaak een of enkele keren per maand
 een of enkele keren per dag

4. Hoe lang heeft u deze pijnklachten al?

enkele dagen 6-11 maanden
 1-3 weken 1-2 jaar
 1-5 maanden langer

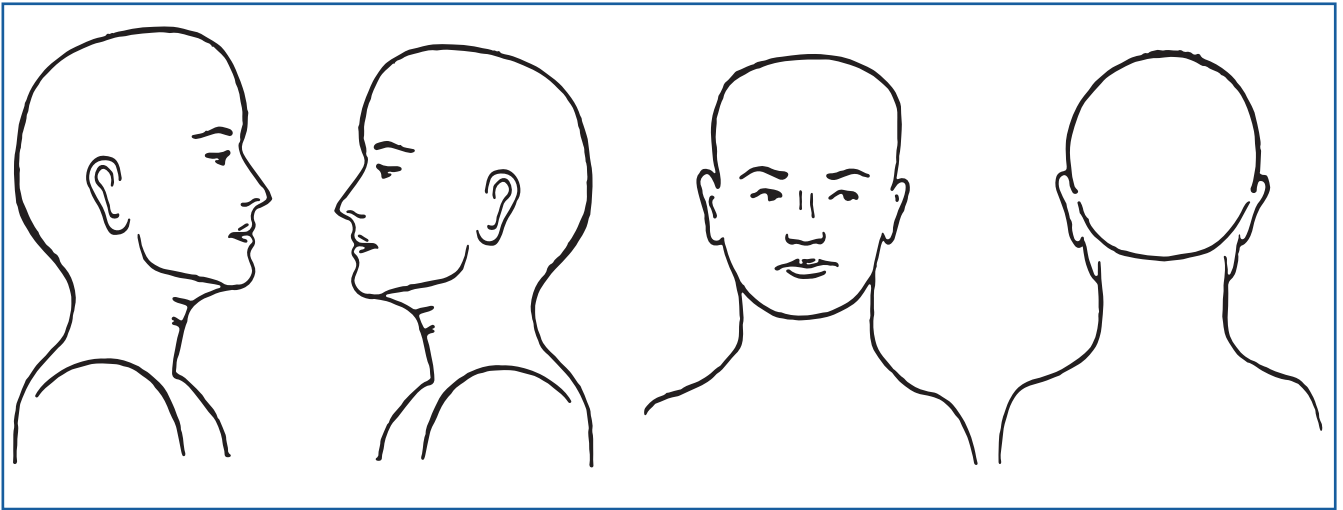


5. Zijn er in de loop van de tijd veranderingen opgetreden in:

- het aantal keren dat u in dit gebied pijnklachten heeft? vaker minder vaak onveranderd
- de duur van de pijn? langer minder lang onveranderd
- de hevigheid van de pijn? heviger minder hevig onveranderd
- de plaats van de pijn? ja nee

6. Is er uitstraling van de pijn vanuit gebied 1 naar andere gebieden? ja nee

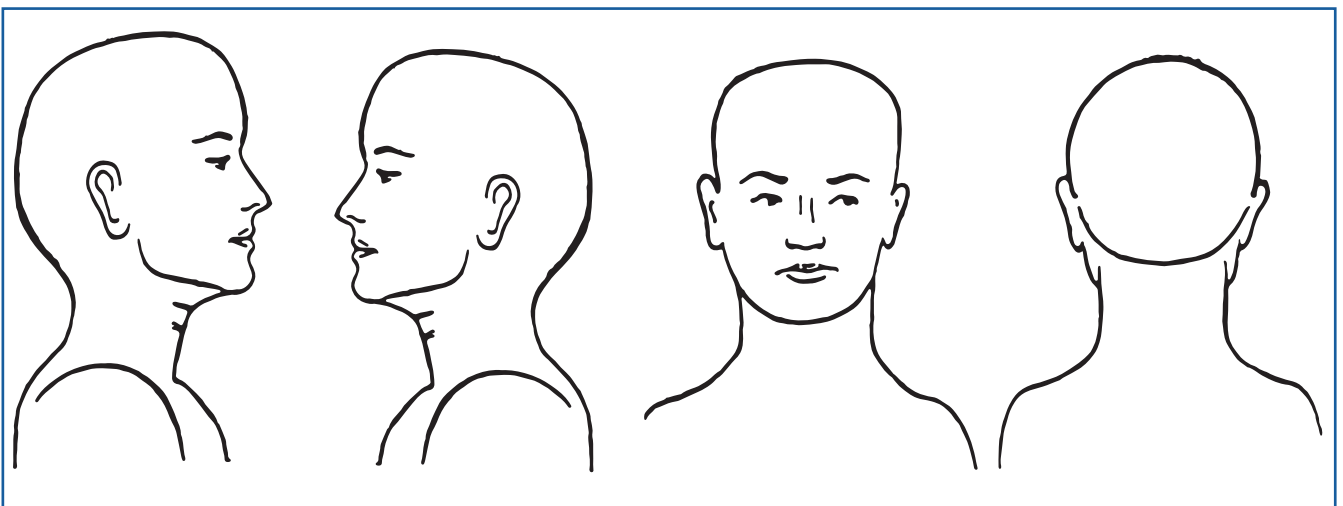
Indien ja, wilt u de uitstraling in de tekening aangeven met een pijl.



7. Zijn de pijnklachten zowel links als rechts aanwezig?

- Zo ja, is dit van het begin af aan zo geweest? ja nee
- de duur van de pijn? ja nee
- de hevigheid van de pijn? langer minder lang onveranderd
- de plaats van de pijn? heviger minder hevig onveranderd
- de plaats van de pijn? ja nee

8. Kunt u aangeven in hoeverre de pijn in gebied 1 (meeste pijn) meestal gelijktijdig optreedt met pijn in de andere gebieden (zoals u die heeft weergegeven met de verschillende cijfers)? Als ik pijn voel in gebied 1, heb ik in het algemeen tegelijkertijd pijn in gebied(en) met nummer: (s.v.p. invullen in de tekening.)





9. Heeft u enig idee waardoor de pijnklachten in dit gebied ontstaan zijn?

ja nee

Zo ja, kunt u dit in het kort aangeven?

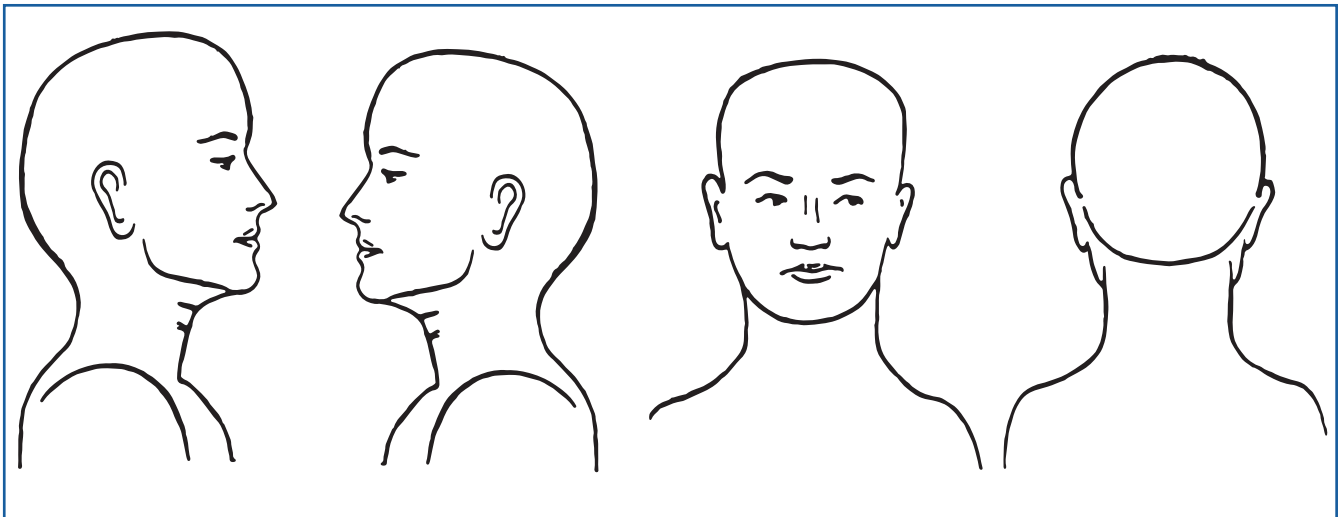
10. In hoeverre wordt u, als u deze pijn heeft, belemmerd in uw werkzaamheden?

niet een beetje veel werken is dan onmogelijk

11. Hebt u behalve pijn in gebied 1 ook stoornissen in het gevoel van het gezicht:

Indien ja, kunt u in onderstaande tekening de plaatsen aangeven waar het gevoel anders is:

(s.v.p. invullen in de tekening.)





12. Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande factoren van invloed zijn op de pijn die u voelt in gebied 1.

	Géén invloed	Verminderend	Versterkend
Bewegingen van de kaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegingen van het gezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegingen van de schouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na veel praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lawaai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandenpoetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude, warme dranken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u ergens verdrietig over bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u onrustig of nerveus bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u zich zorgen maakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geestelijke inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u erg veel heeft geslapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De kaak rustig houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegingen van de nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na de maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude omgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warme omgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fel licht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u zich teleurgesteld voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u ergens over blijft twijfelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u ergens tegenop ziet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichamelijke inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u onvoldoende heeft geslapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitrusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere factoren: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik kan mijn pijn in gebied 1 helemaal niet beïnvloeden. ja nee

13. In welk dagdeel heeft u vaak last van pijn in gebied 1?

's morgens 's middags 's avonds 's nachts

14. Heeft u problemen met het inslapen als gevolg van de pijn in dit gebied?

nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

15. Wordt u 's nachts wakker van deze pijn?

nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

16. Heeft u met name pijnklachten in het weekend? ja nee



DEEL II

1. Maken uw kaakgewrichten een schurend geluid bij het bewegen van uw onderkaak?

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

2. Maken uw kaakgewrichten (kortdurende) knappende geluiden bij het bewegen van uw onderkaak?

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

Zo niet, hebben ze dat vroeger wel gedaan?

ja nee

3. Kunt u de mond alleen wijd openen als u een bepaalde beweging maakt met uw onderkaak, waarbij de kaak een kortdurend knappend geluid maakt?

ja nee

4. Blijven uw kaakgewrichten wel eens enkele seconden of langer vastzitten?

(dit wordt ook wel blokkeren of op slot zitten genoemd).

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

• Zo ja, hoe lang duurt zo'n blokkade meestal?

- enkele sec. minuut uur dag week altijd

• Als uw kaken blokkeren kunt u die blokkade dan zelf opheffen?

- n.v.t. nooit soms altijd

5. Blijft uw mond wel eens wijd open staan?

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

6. Heeft u last van een stijf en/of vermoeid gevoel in uw wang of uw kauwspieren?

's nachts/'s morgens: nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

overdag: nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

7. Heeft u last van trillende kaken of kauwspieren?

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

8. Heeft u het idee dat u uw mond minder ver open kunt doen dan vroeger?

ja nee

9. Voelt u pijn als u uw mond wijd open doet?

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

10. Heeft u enige tijd geleden de mond ver en/of lang open moeten houden

(b.v. bij de tandarts of tijdens een narcose)?

ja nee

Zo ja, zijn de klachten toen: – ontstaan

ja nee

– verergerd

ja nee

11. Knarst u met uw tanden?

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

12. Klemt u uw tanden of kiezen krachtig op elkaar?

- nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

13. Bijt of zuigt u op

- lip, wang en/of tong–kauwgom nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak
- nagels nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak
- pen/potlood nooit wel eens regelmatig vaak heel vaak

14. Doet u aan een bepaalde sport en/of hobby?

ja nee

Zo ja, welke sport en/of hobby? _____



15. Kunt u voor de navolgende activiteiten en functies van uw kaak aangeven in hoeverre u daarbij wordt gehinderd door uw klachten.

afbijten (b.v. een appel)

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

eten van hard voedsel

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

eten van taai voedsel (b.v. een toffee)

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

eten van zacht voedsel

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

uw werk of dagelijkse bezigheden

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

geeuwen

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

sociale activiteiten (in gezin, met vrienden, uitgaan etc.)

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

spreken

helemaal niet een beetje nogal tamelijk veel heel vaak

16. Wordt u door uw klachten gehinderd in de uitoefening van sport en/of hobby?

Ja Nee n.v.t.

17. Hoe is in het algemeen uw slaaphouding?

rug buik linker-/rechterzijde wisselt sterk

18. Heeft u een kunstgebit?

nee alleen onder alleen boven onder en boven

Zo ja, draagt u 's nachts uw kunstgebit?

nee alleen onder alleen boven onder en boven

19. Maken uw kiezen gelijkmatig contact bij het sluiten van de kaken?

ja nee

20. Is de wijze waarop uw tanden en kiezen op elkaar passen de laatste jaren opvallen veranderd?

ja nee

Heeft u enig idee hoe dit is ontstaan?



DEEL III

1. • Kunt u het hoofd goed bewegen (draaien op en neer)? ja nee
• Zijn er bewegingsbeperkingen bij het bewegen van het hoofd en/of de nek? ja nee
• Is het bewegen van het hoofd pijnlijk? ja nee
• Hoort of ervaart u geluiden in de nek bij het bewegen van het hoofd? ja nee

2. Kunt u door de nek te bewegen klachten in het hoofd-, arm- en/of borstgebied oproepen? ja nee
Zo ja, welke? pijn tintelingen duizeligheid

3. Heeft u wel eens een ongeval gehad waarbij de nek en/of het hoofd betrokken was? ja nee
Zo ja, hoeveel maanden geleden? _____ maanden

4. Heeft u, behalve de pijn in gebied 1, zoals u eventueel heeft aangegeven op de tekeningen van de hoofdjjes, ook hoofdpijn? Zo nee, ga door naar **vraag 5**. ja nee
Zo ja:

Hoe vaak heeft u last van hoofdpijn?

- altijd één of enkele keren per dag één of enkele keren per week
 één of enkele keren per maand minder vaak

Hoe lang duurt een hoofdpijnaanval in het algemeen?

- enkele minuten een kwartier een uur enkele uren een dag langer

Hoe zou u de pijn tijdens een aanval omschrijven?

- zeurend dof fel stekend dreunend kloppend

Is er een verband met:

- maaltijden menstruatie andere houding inspanning psychische spanning

Heeft u voor of tijdens een hoofdpijnaanval last van:

- misselijkheid overgeven het zien van lichtflitsen/gekleurde vlekken
 rillingen duizeligheid pijn bij aanraking van het hoofd
 een drukkend gevoel in het hoofd tranen van één van de ogen

Hoe vaak per week neemt u pijnstillers voor uw gezichts of hoofdpijn?

- nooit dagelijks wekelijks maandelijks

Welke pijnstiller neemt u het meest?

5. Heeft u de afgelopen 6 maanden regelmatig last gehad van de volgende klachten?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> duizeligheid | <input type="checkbox"/> een dof gevoel in het oor | <input type="checkbox"/> neusklachten |
| <input type="checkbox"/> misselijkheid | <input type="checkbox"/> oorontsteking | <input type="checkbox"/> keelklachten |
| <input type="checkbox"/> oogklachten | <input type="checkbox"/> een zwelling vlak voor het oor | <input type="checkbox"/> slikklachten |
| <input type="checkbox"/> oorpijn | <input type="checkbox"/> voorhoofdsholteontsteking | <input type="checkbox"/> stemklachten |
| <input type="checkbox"/> oorsuizen | <input type="checkbox"/> kaakholteontsteking | <input type="checkbox"/> spraakklachten |

6. Bent u bang dat uw klachten iets ernstigs inhouden? ja een beetje nee



7. Verricht u arbeid buitenshuis? ja nee n.v.t.
- Hoeveel uur per week? _____
 - Rust (evt. naast bovengenoemde werkzaamheden) de zorg voor een huishouden voornamelijk op uw schouders? ja nee
 - Hoeveel dagen kon u de afgelopen 12 maanden vanwege uw klachten uw dagelijkse taken niet uitvoeren? _____
 - Hoeveel dagen kon u de afgelopen 12 maanden vanwege ziekte uw dagelijkse taken niet uitvoeren? _____

9. Bent u de afgelopen 2 jaar overspannen geweest? ja nee

10. Hoe vaak heeft u last van:

nervositeit	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> wel eens	<input type="checkbox"/> regelmatig	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> heel vaak
piekeren	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> wel eens	<input type="checkbox"/> regelmatig	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> heel vaak
ergernis	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> wel eens	<input type="checkbox"/> regelmatig	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> heel vaak
lusteloosheid	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> wel eens	<input type="checkbox"/> regelmatig	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> heel vaak
angst	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> wel eens	<input type="checkbox"/> regelmatig	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> heel vaak
neerslachtigheid	<input type="checkbox"/> nooit	<input type="checkbox"/> wel eens	<input type="checkbox"/> regelmatig	<input type="checkbox"/> vaak	<input type="checkbox"/> heel vaak

11. Hoe slaapt u in het algemeen? slecht redelijk goed uitstekend

12. Hebben zich de afgelopen 2 jaar in uw privé-leven en/of uw werksituatie ingrijpende veranderingen voorgedaan?

ja nee

Zo ja, welke? _____

13. Doen zich de laatste tijd regelmatig gebeurtenissen/situaties voor waaraan u zich ergert, die u vervelend vindt of waardoor u teleurgesteld wordt?

ja nee

Zo ja, welke? _____

14. Zijn er problemen in uw naaste omgeving die u zorg geven?

ja nee

Zo ja, welke? _____

15. Wilt u aangeven in hoeverre u het met de navolgende uitspraken eens bent?

Artsen hebben er veel invloed op of ik gezond blijft of niet.

beslist eens eens enigszins eens enigszins oneens oneens beslist oneens

Of ik gezond blijf is een kwestie van toevallige gebeurtenissen.

beslist eens eens enigszins eens enigszins oneens oneens beslist oneens

Het ligt vooral aan mijzelf hoe snel ik van een ziekte zal genezen.

beslist eens eens enigszins eens enigszins oneens oneens beslist oneens



DEEL IV

1. Bent u de afgelopen 2 jaar onder behandeling (geweest) van een arts/specialist voor andere klachten? ja nee

Zo ja, waarvoor? _____

2. Welke medicijnen gebruikt u regelmatig?

Medicijn

Sinds wanneer

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

3. Voelt u zich thans gezond?

ja nee

4. Heeft u klachten aan uw:

voet

heup

bovenarm

enkel

hand

rug

onderbeen

pols

schouder

knie

onderarm

nek

bovenbeen

elleboog

5. Heeft u last van de volgende klachten/aandoeningen?

kortademigheid

vermagering

hoesten

slechte eetlust

astma

te hoge bloeddruk

diabetes

huidaandoeningen

slechte eetlust

geen zin in de dag

darmklachten

maagpijn

allergie

reuma

epilepsie

kortademigheid

zwelling van gewrichten

spier- en gewrichtspijn

stijfheid van gewrichten 's ochtends

Hoe lang blijft dit: _____ uur

6. Hoe vaak bent u de afgelopen 2 jaar geopereerd?

niet

1-2

3-4

5-6

vaker

Zo ja, waaraan? _____

7. Hoeveel dagen heeft u de afgelopen 2 jaar in het ziekenhuis gelegen?

niet

1-3

4-6

7-14

vaker

Zo ja, waaraan? _____

8. Komen er in uw familie één of meer van de volgende aandoeningen voor?

kaakgewrichtsklachten

reuma

andere gewrichtsproblemen

veelvuldige

hoofdpijn

migraine

(andere) _____

ja nee

9. Zijn er de afgelopen twee jaar röntgenfoto's gemaakt van uw wervelkolom en/of uw gewrichten?

Zo ja, van welke? _____

Sla dit document na het invullen op als een PDF bestand en verstuur het als bijlage naar info@gnathologielimburg.nl