

Vragenlijst

Geachte heer, mevrouw
Wilt u onderstaande lijst meenemen naar het onderzoek?

Naam:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:

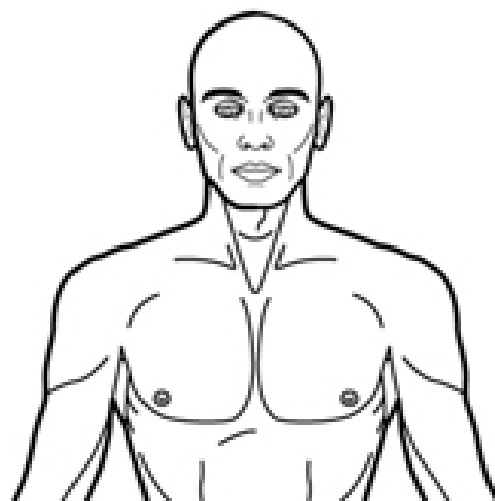
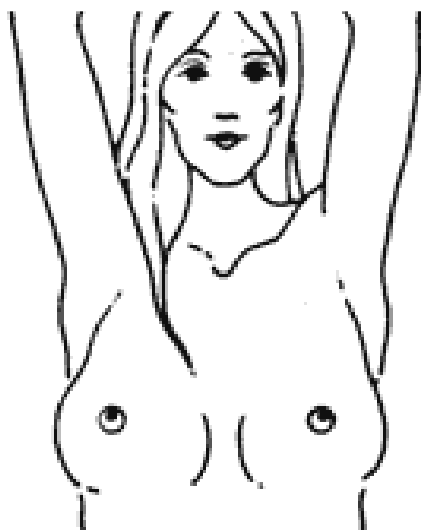
Geboortedatum:
Telefoonnummer:
Email:



Hoofd en Hals	Ja	Nee
Heeft u wel eens hoofdpijn?		
Heeft u een allergie?		
Is er een klik in de kaak bekend met TMD?,		
Bent u verkouden?		
Heeft u een afwijkende schildklier dat u weet?		
Heeft u pijn aan de nek?		
Heeft u pijn aan de bovenrug?		
Heeft u iets gehad met de halsslagaders?		
Heeft vader of moeder een TIA / herseninfarct gehad?		
Heeft u last van de sinussen?		
Heeft u de amandelen nog?		
Heeft u een whiplash gehad? Zo ja, wanneer? En welke behandeling?		
Welke tandheelkundige behandelingen heeft u gehad?		
Draagt u contactlenzen?		
Zijn er letsels / verwondingen aan het hoofd geweest? Zo ja, welke en wanneer?		

Vragen over de borsten:	Links	Rechts
Pijn, zeurend of stekende pijn?		
Voelt u knobbels?		
Verandering in grootte van de borst, of kuiltjes en verkleuringen?		
Hoe is het met de tepels? Ingetrokken? vocht uitscheiding?,		
Is er verschil in borstomvang? Normaal voor u of sinds kort?		
Wanneer was de laatste menstruatie? Maand/ jaar		
Vragen ten aanzien van borstkanker:		
Heeft een naast familielid borstkanker gehad (moeder, oma, zus dochter)	Ja	Nee
Heeft u diagnose borstkanker gehad?	Ja	Nee
In geval van borstkanker:		
Type kanker: Lokaal ja/nee Uitgezaaid ja/nee Lymfe aangetast ja/nee		
Wanneer was de diagnose? Maand/jaar		
Is er een behandeling geweest? Geef op de kaart aan waar de kanker zich bevond		
Geef op de kaart aan waar de punctie plaatsvond		
geef op de kaart aan waar de operatie plaatsvond		
Behandeling: Operatie / chemo / bestraling / anders / geen		
Heeft u een biopsie of operatie gehad aan een of bij de borsten?	Ja	Nee

Heeft u plastische chirurgie gehad? Verkleining of implantaten?	Ja	Nee
heeft u borstaandoeningen gehad, zoals cystes of mastopathie?	Ja	Nee
Heeft u het afgelopen jaar een mammogram laten maken?	Ja	Nee
Heeft u In de afgelopen 5 jaar een mammogram laten maken?	Ja	Nee
Hoeveel mammogrammen heeft u laten maken?		
Wanneer was de laatste mammogram? Maand/jaar		
Hoe oud was u met de eerste mammogram en wat was de reden?		
Heeft u meer dan 5 jaar de pil geslikt of een Mirena spiraal gebruikt?	Ja	Nee
heeft u een baarmoeder of eierstok operatie gehad?	Ja	Nee
Zo ja, wat en wanneer?		
Heeft u hormoontherapie gehad? (IVF of overgangsklachten)	Ja	Nee
Heeft u een behandeling gehad aan uw gebit afgelopen week?	Ja	Nee
Wortelkanaalbehandeling, kronen / bruggen, implantaten, tandvleesproblemen?	Ja	Nee
Zo ja, welke?		
Bent u in verwachting geweest, en zo ja hoeveel voldragen zwangerschappen?		
Heeft u borstvoeding gegeven?	Ja	Nee
Zijn er problemen geweest tijdens de borstvoeding?	Ja	Nee
Zo ja, welke		
Rookt u? Ja/nee Afgelopen jaar? Ja/nee Afgelopen 5 jaar? Ja/nee		
Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke?		
Gebruikt u supplementen? Zo ja, welke?		
Wat wilt u graag toevoegen?		



Borstkas, hart en longen	Ja	Nee
is er ooit een diagnose gesteld van: (zo ja, wanneer?)		
- hart aandoening?		
- Longaandoening?		
- Aandoeningen van de bovenrug?		
Heeft u last van pijn in de bovenrug?		
Heeft u last van pijn in de borstkas?		
Bent u ooit geopereerd aan: (zo ja wanneer?)		
- Hart?		
- Midden tot bovenrug?		
- Longen?		
Bent u astmatisch of kortademig (geweest)?		
Rookt u?		
Heeft u de afgelopen 5 jaar gerookt?		
Zijn er klachten aan de schouders?		

Buik en rug	Ja	Nee
Heeft u operaties gehad aan buik en / of rug?		
Zo ja, wat en wanneer?		
Heeft u last van zuurbranden?		
Heeft u last van de maag?		
Heeft u pijn in de buik? Zo ja, waar?		
Draagt u zooltjes in de schoenen?		
Heeft u een bepaald dieet?		
Heeft u behandelingen gehad aan buik en / of rug?		
Zo ja, wat en wanneer?		
Heeft u een auto immuunziekte?		
Zo ja, welke en sinds wanneer?		

Deze vragen alleen invullen indien u een full-body onderzoek heeft.

Benen en Voeten	Ja	Nee
Is er pijn in de heupen, benen, knieën, enkels of voeten?		
Zo ja, waar, wat en sinds wanneer?		
Heeft u een operatie gehad aan heupen, benen, knieën, enkels of voeten?		
Zo ja, waar, wat en wanneer?		
Heeft u behandelingen gehad aan heupen, benen, knieën, enkels of voeten?		
Welke therapie?		

Armen en handen	Ja	Nee
Is er pijn in de schouders, ellebogen, polsen, handen, armen?		
Zo ja, waar, wat en wanneer?		
Heeft u een operatie gehad in de schouders, ellebogen, polsen, handen, armen?		
Zo ja, waar, wat en wanneer?		
Heeft u behandelingen gehad aan de schouders, ellebogen, polsen, handen, armen?		
Zo ja, waar, wat en wanneer?		

Extra ruimte voor opmerkingen:

Heeft u in het verleden ernstige kwetsuren of een ongeluk gehad?

Zo ja?

Wat, waar, wanneer?

Heeft u een behandeling ervoor gehad?

Zijn er restklachten?

Heeft u een operatie gehad die nog niet genoemd is geworden?

Zo ja?

Wat, waar, wanneer?

Zijn er restklachten?

Zijn er andere fysieke zaken die nog niet benoemd zijn geworden?



Medische Thermografie