



# NEURO - ORTHOPAEDISCH CENTRUM

Multidisciplinaire Expertise Groep

Prof. Bronkhorstlaan 10  
3723 MB Bilthoven  
Tel. 030-2294267  
Fax 030-2251157

## VRAGENLIJST

Hierbij treft u een vragenlijst aan. Wij verzoeken u deze lijst zo nauwkeurig mogelijk in te vullen. Bij de beantwoording van een aantal vragen kunt u volstaan met het aankruisen van een keuzemogelijkheid. In die gevallen, waarin u zelf moet schrijven, verzoeken wij u dit zo duidelijk mogelijk te doen. Ook vragen, die u misschien als onbelangrijk of niet ter zake voorkomen, kunnen uiteindelijk toch van belang zijn. Daarom verzoeken wij u **alle** vragen in te vullen.

|                |  |
|----------------|--|
| Voorletters    |  |
| Naam           |  |
| Geboortedatum  |  |
| Adres          |  |
| Postcode       |  |
| Woonplaats     |  |
| Emailadres     |  |
| Telefoonnummer |  |
| BSN-nummer     |  |
| Naam huisarts  |  |
| Adres huisarts |  |

Wilt u hieronder aangeven, **graag in korte bewoordingen**, wat uw klachten zijn?

---

---

---

---

Sinds wanneer bestaan deze klachten?

---

Bent u voor deze klachten behandeld? Zo ja, door wie?

---

---

Indien er bij u in het verleden röntgenfoto's, scans e.d. gemaakt zijn, wilt u hieronder dan aangeven in welke ziekenhuizen (graag naam en plaats ziekenhuis vermelden)?

---

---

---

## Medische voorgeschiedenis

Bent u in het verleden geopereerd?

Nee

Ja

| Geopereerd aan | Jaartal | Naam/plaats ziekenhuis van operatie |
|----------------|---------|-------------------------------------|
| 1.             |         |                                     |
| 2.             |         |                                     |
| 3.             |         |                                     |
| 4.             |         |                                     |

Heeft u in het verleden ongevallen gehad?

Nee

Ja

| Letsel van welk lichaamsdeel | Naam/plaats ziekenhuis van behandeling |
|------------------------------|--|
| 1.                           |  |
| 2.                           |  |
| 3.                           |  |

Bent u ooit voor andere klachten opgenomen geweest?

Nee

Ja

| Naam/aard klacht | Naam/plaats ziekenhuis van behandeling |
|------------------|--|
| 1.               |  |
| 2.               |  |
| 3.               |  |
| 4.               |  |

Heeft u een chronische ziekte?

Nee

Ja

| Naam ziekte | Naam/plaats behandelend arts |
|-------------|------------------------------|
| 1.          |                              |
| 2.          |                              |

## Intoxicaties

Rookt u?

Nee

Ja, minder dan 10 sigaretten per dag

Ja, 10 tot 20 sigaretten per dag

Ja, meer dan 20 sigaretten per dag

Ja, sigaren

Ja, pijp

Gebruikt u alcohol?

Nee

Ja, niet meer dan 2 glazen per dag

Ja, 3 tot 6 glazen per dag

Ja, 6 of meer glazen per dag

Gebruikt u drugs?

Nee

Ja, namelijk: .....

Gebruikt u medicijnen?

Nee

Ja

| Naam medicijn | Hoeveelheid en hoe vaak per dag |
|---------------|---------------------------------|
| 1.            |                                 |
| 2.            |                                 |
| 3.            |                                 |
| 4.            |                                 |
| 5.            |                                 |
| 6.            |                                 |
| 7.            |                                 |

### Sociale anamnese

Wat is uw burgerlijke status?

Ongehuwd

Gehuwd/samenwonend, sinds: .....  
Leeftijd partner: ..... jaar

Weduwnaar/weduwe, sinds: .....  
Leeftijd partner bij overlijden: ..... Jaar

Gescheiden, sinds: .....

Heeft u kinderen?

Nee

Ja

| Geboortedatum | Jongen/meisje | Gezondheidssituatie | School/beroep |
|---------------|---------------|---------------------|---------------|
| 1.            |               |                     |               |
| 2.            |               |                     |               |
| 3.            |               |                     |               |
| 4.            |               |                     |               |

Leeft uw moeder?

Ja, gezondheidstoestand:.....

Nee, leeftijd bij overlijden:.....jaar

oorzaak overlijden:.....

Leeft uw vader?

Ja, gezondheidstoestand:.....

Nee, leeftijd bij overlijden:.....jaar

oorzaak overlijden:.....

Heeft u broers/zussen?

Nee

Ja

| Leeftijd | Man/vrouw | Gezondheidssituatie | Beroep |
|----------|-----------|---------------------|--------|
| 1.       |           |                     |        |
| 2.       |           |                     |        |
| 3.       |           |                     |        |
| 4.       |           |                     |        |
| 5.       |           |                     |        |
| 6.       |           |                     |        |

Hoe woont u?                       Appartement    Eengezinswoning    Vrijstaand huis  
 Heeft u een tuin?                 Nee                       Ja  
 Heeft u huisdieren?             Nee                       Ja, namelijk: .....  
 Heeft u een rijbewijs?          Nee                       Ja  
  
 Beoefent u een sport?          Nee                       Ja

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

Wat zijn uw hobby's?

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_

**Opleiding en beroep**

Geef hieronder aan welk **voortgezet** onderwijs u heeft gevolgd en met welke resultaten

| Aard onderwijs | Diploma ja/nee |
|----------------|----------------|
| 1.             |                |
| 2.             |                |
| 3.             |                |

Geef hieronder aan welke andere diploma's u hebt behaald en/of welke cursussen u gevolgd heeft

| Naam diploma/cursus | Duur cursus | Diploma ja/nee |
|---------------------|-------------|----------------|
| 1.                  |             |                |
| 2.                  |             |                |
| 3.                  |             |                |

Geef hieronder aan waar u werkzaam bent geweest

| Beroep (functie of korte beschrijving) | Periode (jaartal aanvang en einde) | Naam bedrijf |
|--|------------------------------------|--------------|
| 1.                                     |                                    |              |
| 2.                                     |                                    |              |
| 3.                                     |                                    |              |
| 4.                                     |                                    |              |

Geef hieronder van uw **laatste** functie aan wat dit werk inhoudt (denk daarbij aan lengte van de werkdag, onregelmatige diensten en een beschrijving van de werkzaamheden en werkbelasting).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vragenlijst ingevuld d.d. :