



**3. Ik heb regelmatig last van:**

- |   |                                |   |                                   |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| 0 | gevoelige en/of dove huid      | 0 | slecht slapen                     |
| 0 | droge ogen en/of mond          | 0 | stress                            |
| 0 | verkleuring van handen bij kou | 0 | concentratiestoornissen           |
| 0 | psoriasis (huidziekte)         | 0 | geheugenstoornissen               |
| 0 | hoofdpijn                      | 0 | depressiviteit                    |
| 0 | buikpijn                       | 0 | hypermobiliteit (zeer lenig zijn) |

**4. Vragen over reumatische klachten**

- |    |  |    |     |
|----|--|----|-----|
| a. | Bent u 's morgens bij het opstaan stijf?   | ja | nee |
| b. | Heeft u één of meer erg dikke, warme en/of rode gewrichten (gehad)?  | ja | nee |
| c. | Heeft u familie die reumatoïde artritis / artritis psoriatica / Bechterew / SLE / psoriasis / artrose heeft? | ja | nee |
| d. | Is er een andere familiale aanleg? Ja, namelijk  |    |     |

**5. Vragen over eerdere behandelingen**

- |    |  |    |     |
|----|--|----|-----|
| a. | Heeft u pijnstillers of ontstekingsremmers gebruikt?                         | ja | nee |
|    | Zo ja, heeft dit de klachten verminderd?                                     | ja | nee |
| b. | Heeft u fysiotherapie gehad?   | ja | nee |
|    | Zo ja, heeft dit de klachten verminderd?                                     | ja | nee |
| c. | Heeft u alternatieve behandelingen gehad (zoals homeopathie of acupunctuur)? | ja | nee |
|    | Zo ja, heeft dit de klachten verminderd?                                     | ja | nee |

**6. Vragen over uw dagelijkse bezigheden**

- |    |  |    |     |
|----|--|----|-----|
| a. | Wordt u in uw dagelijkse bezigheden beperkt door uw klachten?                                      | ja | nee |
| b. | Wat zijn uw dagelijkse bezigheden of werkzaamheden en hoeveel uur per dag of week voert u die uit? |    |     |
| c. | Heeft u hobby's of beoefend u een sport?   |    |     |
| d. | Heeft u klachten die niet genoemd zijn op deze lijst?  |    |     |
| e. | Heeft u een ziekte, diagnose of aandoening?  |    |     |

f. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, waarvoor?

g. Heeft u een nektrauma gehad?

h. Heeft u een hersenschudding gehad?

i. Heeft u niet aangeboren hersenletsel?

j. Wat zijn uw eerdere behandelingen?

**7. Kruis aan wat bij u van toepassing is:**

haarwortelpijn / hoofdhuidpijn

drukgevoel op het hoofd / trekgevoel onder de schedel boven in het hoofd

wazig zien / focusproblemen

hersenmist / brainfog

concentratiestoornissen / geheugenstoornissen

duizeligheid

verzuurde spieren

koud

warm

hartkloppingen in rust

prikkelbare darmen

droge ogen

aura-migraine: flitsen zien, draden zien, wiebelende laptopletters

overgevoelig voor licht

overgevoelig voor geluid

huid-overgevoeligheid