

Naam	
geboortedatum	
Adres	
Geslacht	<input type="checkbox"/> vrouw <input type="checkbox"/> man
Reden van poli afspraak / klacht	
Datum van poli afspraak: .../.../....	
Andere klachten	
Hoelang bestaan de klachten?	<input type="checkbox"/> vandaag <input type="checkbox"/> deze week <input type="checkbox"/> deze maand <input type="checkbox"/> de afgelopen drie maanden <input type="checkbox"/> sedert 1 jaar <input type="checkbox"/> sedert ...jaar <input type="checkbox"/> anders, nl
Is er sprake van pijn?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, en wel <input type="checkbox"/> continu en zeurend <input type="checkbox"/> stekend <input type="checkbox"/> afwisselend <input type="checkbox"/> anders, nl...
Waar zit de pijn precies? (als er pijn is)	
Bent u eerder voor deze klacht behandeld?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, door ...(arts, ziekenhuis)

Bent u eerder geopereerd en/of onder narcose geweest?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, voor ...(aandoening, ziekenhuis, jaar)
Heeft u andere belangrijke ziektes (gehad)?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk...
Uw lengte iscm
Uw gewicht iskg
Gebruikt u medicijnen? (denk ook aan bloedverdunners!!)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, namelijk...
Andere informatie van belang (bv allergie)?	