

Datum \_\_\_\_\_

Voorletter(s) + achternaam  dhr.  mw. \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Straat + huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode + woonplaats \_\_\_\_\_

E-mail adres \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_ Mobiel \_\_\_\_\_

Verzekering \_\_\_\_\_ Polis/klant nr. \_\_\_\_\_

BSN nr. \_\_\_\_\_

Huisarts naam \_\_\_\_\_ Praktijkplaats \_\_\_\_\_

Opleiding/beroep \_\_\_\_\_

U bent verwezen door  huisarts  eigen verzoek anders \_\_\_\_\_

Korte beschrijving van het probleem \_\_\_\_\_

Hoeveel last heeft u van de klachten? (1 heel weinig, 10 heel veel)

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

lichaamsdeel \_\_\_\_\_  links  rechts

klachten sinds \_\_\_\_\_  na trauma  geen trauma

### Op dit moment beoefende sporten

1) \_\_\_\_\_ uur/week  recreatief  prestatie  topsport

2) \_\_\_\_\_ uur/week  recreatief  prestatie  topsport

3) \_\_\_\_\_ uur/week  recreatief  prestatie  topsport

Dominante arm  Rechts  Links

Dominant been  Rechts  Links

Roken  nooit  gestopt sinds: \_\_\_\_\_  ja, aantal per dag: \_\_\_\_\_

Alcohol  nooit  1-5 glazen/week  5-15 glazen/week  >15 glazen/week

Allergie  nee  ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Blessures/ziektes in het verleden \_\_\_\_\_

Operaties/ziekenhuisopnames in het verleden \_\_\_\_\_

Gebruikte medicatie/vitamines/supplementen \_\_\_\_\_

Ziektes in de familie \_\_\_\_\_

Sla de vragenlijst op en stuur deze door naar [info@smc-maasstad.nl](mailto:info@smc-maasstad.nl). ALLEEN wanneer u gebruik maakt van Microsoft Outlook of kan dit met 1 druk op de knop "formulier verzenden" rechts boven (dit werkt NIET met webmail bv. Hotmail, gmail etc).  
Neem ook een uitgedrukte versie mee naar de afspraak, bedankt!