

## PIJNVRAGENLIJST

Geachte meneer, mevrouw

Om een goed zicht te hebben op de klachten van uw pijnproblematiek en op die manier een geschikte behandeling te vinden, vragen wij u om deze vragenlijst in te vullen.

Identificatie:

Naam	
Voornaam	
Geboortedatum	
Geslacht	
Adres	
Telefoon/gsm	
Emailadres	
<b>Naam huisarts</b>	
<b>Adres huisarts</b>	

Beroep	
Ziekteverlof, invaliditeit,..	Sinds:
Uitkering	

Medische voorgeschiedenis relevant voor de pijn:

<u>Ziekte / Ingreep</u>	<u>Arts / Instelling</u>	<u>Datum</u>

Geeft u toestemming dat wij informatie opvragen bij (huis)artsen en andere hulpverleners? Ja / Nee

Heeft u naast uw pijnklachten nog andere klachten (vb. suikerziekte, hoge bloeddruk, allergieën...) waarvoor u behandeld wordt? Zo ja, welke?

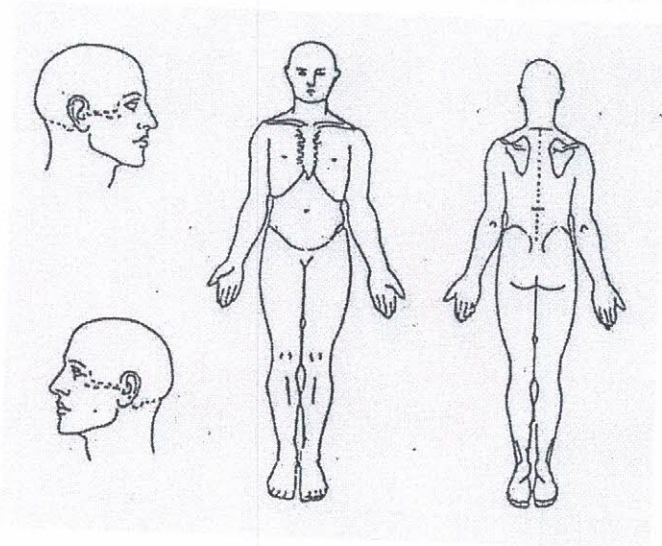
Hoe is uw pijn ontstaan? Geleidelijk / Plotseling

Sinds wanneer heeft u pijn?

Wat is volgens u de oorzaak van uw pijnklachten?

Hebt u nog familie- of gezinsleden met pijn? Zo ja, wie en met welke pijnproblematiek?

Waar situeert de pijn zich? Arceer het pijngevoelig gebied op de afbeelding.



Heeft u steeds op dezelfde plaatsen pijn? Zoniet, verduidelijk.

Wat is het karakter van de pijn?

- Stekend
- Brandend
- Tintelend
- Zeurend
- Schietend, elektrisch
- Anders: \_\_\_\_\_

Heeft u elke dag last van uw pijnklachten? Zoniet, in welke periodes dan wel?

Heeft u dan gedurende de hele dag last van uw pijnklachten? Zoniet, op welke momenten dan wel?

Heeft u ook 's nachts last van uw pijnklachten? Wordt u wakker van de pijn?

Ja / Nee

Op welke momenten heeft u minder of geen pijn?

- |                                  |                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Liggen  | <input type="checkbox"/> In het weekend  |
| <input type="checkbox"/> Zitten  | <input type="checkbox"/> Tijdens de week |
| <input type="checkbox"/> Lopen   | <input type="checkbox"/> Andere: _____   |
| <input type="checkbox"/> Bewegen |                                          |

Door wat of wanneer verergert de pijn?

Bij welke activiteiten wordt u in het dagelijks leven belemmerd door de pijn?

- |                                              |                                                              |                                                          |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wandelen            | <input type="checkbox"/> Huishouden                          | <input type="checkbox"/> Kind verzorging                 |
| <input type="checkbox"/> Lopen               | <input type="checkbox"/> Koken                               | <input type="checkbox"/> Relatie                         |
| <input type="checkbox"/> Trappen doen        | <input type="checkbox"/> Tuinieren                           | <input type="checkbox"/> Seksleven                       |
| <input type="checkbox"/> Fietsen             | <input type="checkbox"/> Boodschappen doen                   | <input type="checkbox"/> Uitgaan, cultuur                |
| <input type="checkbox"/> Autorijden          | <input type="checkbox"/> Zelfverzorging<br>(douchen, kleden) | <input type="checkbox"/> Contact met<br>familie/vrienden |
| <input type="checkbox"/> Sporten             | <input type="checkbox"/> Basale behoeftes<br>(eten, slapen)  | <input type="checkbox"/> Andere: _____                   |
| <input type="checkbox"/> Hobby's, vrije tijd |                                                              |                                                          |
| <input type="checkbox"/> Beroep              |                                                              |                                                          |

Wat doet u om uw pijn te verzachten?

Maakt u gebruik van hulp (bepaalde personen die u bijstaan zoals familie, huishoudster, sociaal verpleegkundige, thuiszorg...), bepaalde voorzieningen (aanpassingen in of rond het huis) of bepaalde hulpmiddelen (rollator, korset, halskraag...)? Zoja, welke?

Door wie bent u doorverwezen naar onze kliniek? (huisarts, specialist, familie,...)

Werd u reeds behandeld voor deze pijn in een andere pijnkliniek?  
 Zo ja: Waar kreeg u deze behandeling.

Bij welke hulpverlener (vb. arts, therapeut, kinesist...) bent u voor uw huidige pijnklachten in behandeling (geweest)?

<u>Naam hulpverlener</u>	<u>Instelling / Ziekenhuis</u>	<u>Periode</u>	<u>Therapievorm</u>	<u>Resultaat</u>

Welke medicatie neemt u momenteel? (bloedverdunners, pijnmedicatie, ontstekingsremmende middelen, hoge bloeddruk, insuline en/of medicatie suikerziekte,...)

<u>Geneesmiddel</u> (vb: Dafalgan 500mg)	<u>Dosering</u> (vb: 3 x daags 1 tablet)	<u>Tevreden over het effect?</u>

Duid aan hoe ernstig de pijn was de afgelopen twee dagen, door een cijfer te omcirkelen:  
 (0 = geen pijn / 10 = meest ondraaglijke pijn)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Duid aan met welke waarde u het mogelijk acht om terug te kunnen functioneren:  
 (0 = geen pijn / 10 = meest ondraaglijke pijn)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Hoe denkt u dat wij u kunnen helpen? Wat zijn uw verwachtingen?

Datum van invullen: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_