



DATUM:.....-.....-20.....

Naam:.....

Geboortedatum:.....

1. Hebt u kort geleden een trauma (ongeluk, val) gehad? JA / NEE
2. Hebt u al langer (onverklaarbare) koorts? JA / NEE
3. Bent u de laatste maand meer dan 5 kilogram gewicht verloren zonder daar iets aan te doen (lijnen, meer sporten)? JA / NEE
4. Gebruikt u al langere tijd corticosteroïden? JA / NEE
5. Hebt u constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van houding? JA / NEE
6. Hebt u kanker (gehad)? JA / NEE
7. Hebt u een gevoel van algemeen onwelbevinden (moe, ziek)? JA / NEE
8. Hebt u 's nachts pijn? JA / NEE
9. Hebt u prikkelingen of tintelingen, verminderd gevoel of krachtsverlies? JA / NEE