

## PERSOONLIJKE INFORMATIE

<b>Naam:</b> _____	<b>Voornaam:</b> _____
<b>Leeftijd:</b> _____	<b>Geslacht:</b> _____
<b>Adres:</b> _____	
<b>Telefoonnummer:</b> _____	<b>E-mailadres:</b> _____
<b>Contactpersoon in geval van nood:</b> _____	

Hebt u: (gelieve aan te kruisen)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rugproblemen      | <input type="checkbox"/> Andere orthopedische problemen zoals breuken, fixatiemateriaal, platen, schroeven, prothesemateriaal, verrekkingen | <input type="checkbox"/> Osteoporose of osteopenie | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn                  |
| <input type="checkbox"/> Nekproblemen      |   | <input type="checkbox"/> Cardiale problemen        | <input type="checkbox"/> Glaucoom                   |
| <input type="checkbox"/> Schouderproblemen |   | <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk            | <input type="checkbox"/> Diabetes                   |
| <input type="checkbox"/> Knieproblemen     |   | <input type="checkbox"/> Lage bloeddruk            | <input type="checkbox"/> Depressie/angststoornissen |

Heeft u nu of ooit kanker gehad?  Nee  Ja – Zoja, welk type? \_\_\_\_\_

Bent u zwanger of bent u recentelijk bevallen?  Nee  Ja

Bent u roker?  Nee  Ja

Voorgeschiedenis van blessures en hebt u hier therapie voor gehad?  Nee  Ja – Zoja, welke? \_\_\_\_\_

Neemt u medicatie?  Nee  Ja – Zoja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft u ooit langdurig medicatie genomen?  Nee  Ja – Zoja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft u ooit langdurig cortisone genomen?  Nee  Ja \_\_\_\_\_