

**Intake formulier**

Met behulp van een vragenlijst stellen wij vast voor welke behandeling u in aanmerking komt. De vragenlijst geeft de medisch specialisten van Optimal Care Pijnklinieken informatie over het ontstaan en het verloop van uw pijnklachten. De ingevulde gegevens zijn en blijven vertrouwelijk en maken onderdeel uit van uw elektronisch patiënten dossier bij Optimal Care Pijnklinieken.

Na het invullen van de vragenlijst, wordt contact met u opgenomen voor het maken van een afspraak. Mocht u al een afspraak gemaakt hebben in de kliniek, dan wordt u alleen benaderd in geval er nog aanvullende vragen zijn. Mocht u zelf vragen hebben, dan kunt u ook met Optimal Care Pijnklinieken contact opnemen via telefoonnummer 010 - 7146111.

Datum van invullen \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_

M / V

Voornaam \_\_\_\_\_

Straat \_\_\_\_\_

Huisnummer \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Mobiel nummer \_\_\_\_\_

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

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Huisarts \_\_\_\_\_

Telefoon huisarts \_\_\_\_\_

1 Door wie bent u verwezen?

Huisarts  
- Naam \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

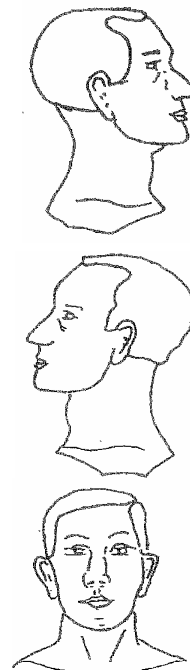
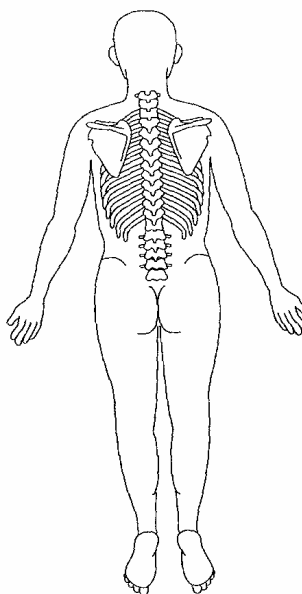
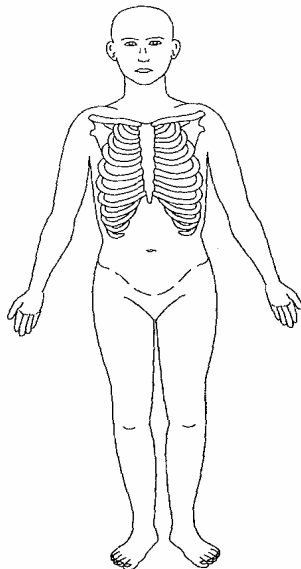
Specialist uit een ziekenhuis  
- Naam \_\_\_\_\_  
- Ziekenhuis \_\_\_\_\_

Specialisme \_\_\_\_\_

3 Wat verwacht u van Optimale Care Pijnklinieken?

- Volledige pijnvermindering
- Gedeeltelijke pijnvermindering
- Vinden van de oorzaak
- Anders, namelijk.....

4 Wilt u op onderstaande tekening aangeven waar de pijn zit?



5 Straalt de pijn uit?

- nee
- ja, naar

6 Wat voor soort pijn heeft u?

- kloppende pijn
- schietend pijn
- stekende pijn
- scherpe pijn
- drukkende pijn
- trekkende pijn
- brandende pijn
- koude pijn
- gloeiende pijn
- brandende pijn
- koude pijn
- jeukende pijn
- elektrische pijn
- stijve pijn
- kramp pijn

7 Zijn er verschijnselen die bij de pijn optreden?

- nee,
- anders, namelijk.....

8 De pijn zit:

- oppervlakkig
- diep

9 Hoe lang heeft u deze pijn al?

- minder dan 1 maand
- 1-3 maanden
- 3-6 maanden
- 6-12 maanden
- 1-5 jaar
- meer dan 5 jaar, namelijk ..... jaar

10 Wanneer is de pijn ontstaan?

- na een ongeval, namelijk
- na een operatie, namelijk
- na een ziekte, namelijk
- na een periode van overbelasting, namelijk
- zonder reden
- anders, namelijk.....

11 Sinds het ontstaan van de pijn is deze in hevigheid:

- afgenomen
- toegenomen
- gelijk gebleven
- wisselend

12 Gedurende de dag is de pijn:

- constant in dezelfde mate
- constant op wisselende pijnpunten
- constant maar wordt in de loop van de dag erger
- constant maar neemt in de loop van de dag af
- in aanvallen die geleidelijk aan verhevigen met tussendoor lichte pijn
- in aanvallen die geleidelijk aan verhevigen met tussendoor geen pijn
- in plotselinge aanvallen met tussendoor lichte pijn
- in plotselinge aanvallen met tussendoor geen pijn
- anders, namelijk.....



20 Welke van de onderstaande behandelingen heeft u reeds voor de pijn gehad?

Behandeling

- Zenuwblokkade
- Fysiotherapie
- TENS
- Accupunctuur
- Manueel therapie
- Psycholoog
- Anders.....

- jaar \_\_\_\_\_
- resultaat \_\_\_\_\_

21 Heeft u andere onderzoeken voor de pijn gehad?

- MRI
- Röntgenfoto' s
- Echografie
- Anders, namelijk

- Ziekenhuis \_\_\_\_\_
- Jaartal \_\_\_\_\_

22 Welke medicijnen hebt u in het verleden tegen de pijn gebruikt?

- Naam \_\_\_\_\_
- Dosering \_\_\_\_\_
- Hoe lang gebruikt \_\_\_\_\_
- Effect \_\_\_\_\_

Meer medicijnen?

- ja
- nee

23 Welke medicijnen gebruikt u op dit moment tegen de pijn?

- Naam \_\_\_\_\_
- Dosering \_\_\_\_\_
- Hoe lang gebruikt \_\_\_\_\_
- Effect \_\_\_\_\_

Meer medicijnen?

- ja
- nee

24 Gebruikt u nog andere medicijnen?

- nee
- ja:
  - Naam \_\_\_\_\_
  - Dosering \_\_\_\_\_

25 Gebruikt u bloedverdunners?

- nee
- ja, reden.....
  - naam bloedverdunner.....

26 Bent u wel eens voor andere klachten geopereerd?

- nee
- ja:
  - Operatie
  - Ziekenhuis
  - Jaartal

27 Rookt u?

- nee
- ja

28 Gebruikt u alcohol?

- nee
- ja

29 Gebruikt u drugs?

- nee
- ja

30 Bent u overgevoelig voor bepaalde medicijnen, stoffen, pleisters of iets anders?

- nee
- ja, namelijk.....

31 Wat is uw lengte & gewicht?

- .....mtr
- .....kg

32 Wat is uw burgerlijke staat?

- gehuwd
- samenwonend
- geregistreerd partnerschap
- ongehuwd
- gescheiden
- weduwe, weduwnaar

33 Hoeveel kinderen heeft u?

- 0
- 1
- 2
- 3
- meer dan 3

34 Bent u zwanger of bezig zwanger te worden?

- ja
- nee

35 Heeft u op dit moment betaald werk?

- ja (indien "ja", dan ook vraag 36 & 37 beantwoorden)
- nee (u kunt door met vraag 39)

36 Indien u betaald werk doet, wat is dan uw beroep?

- .....

37 Hoeveel uur per week voert u dit beroep uit? (u kunt hierna doorgaan met vraag 39)

- ..... uur per week

38 Indien u geen betaald werk heeft, wat is daarvan de belangrijkste reden:

- Ik heb een dagtaak aan de kinderen & huishouden
- Ik ben gepensioneerd sinds.....
- Ik ben student
- Ik ben arbeidsongeschikt
- Ik zit in een herkeuringstraject
- Ik doe geen betaald werk om andere redenen,

39 Wat zijn uw hobby's?

- .....

40 Belemmert de pijn u in het uitvoeren van uw hobby's?

- nee
- ja

41 Heeft u aanpassingen en / of hulpmiddelen in en om uw huis gekregen ivm uw pijnklachten?

- nee
- ja
- namelijk.....

Het ingevulde intake formulier kunt u terugsturen naar:  
Optimal Care Pijnklinieken  
Hoofdweg 90  
3067 GH Rotterdam

Denk ook aan uw:

- medische informatie van uw huisarts
- verwijsbrief van uw huisarts
- medische informatie van uw ziekenhuis
- recente MRI en Röntgenfoto