

Algemene Informatie

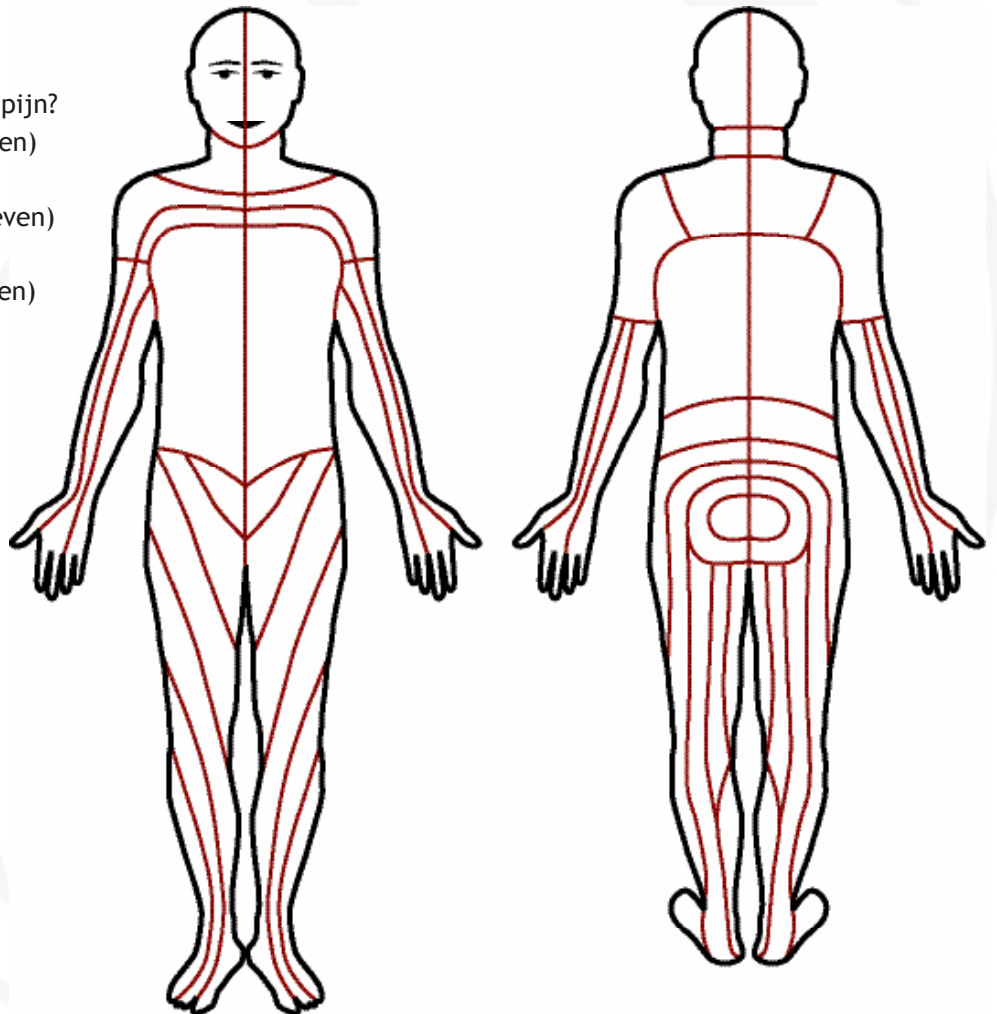
Naam	Voornaam
Geboortedatum	
adres	city

contact informations

Telefoon	fax
mobile	e-mail

your pain areas

- 1 Waar in uw lichaam heeft u pijn?
(graag met **X** aangeven)
- 2 Heeft u uitstralende pijn?
(graag met **->** aangeven)
- 3 Heeft u een doof gevoel?
(graag met **O** aangeven)



Vragen over uw symptomen

Sinds wanneer heeft u deze pijn

Waardoor wordt de pijn erger

Wanneer neemt de pijn af

- Ik heb vooral pijn schouder arme vinger
- De armpijn zit vooral links rechts beide zijden
- Heeft u 's nachts pijn vaak weinig niet/nauwelijks
- Wordt de pijn erger wanneer u uw hoofd draait naar links naar rechts
- De pijn neemt toe bij het naar voren buigen van het hoofd
 achterover buigen van het hoofd
- Heeft u hoofdpijn vaak soms geen

Welke behandeling(en) heeft tot nu toe ondergaan tegen uw nekkachten en met welk resultaat

Voeg verdere informatie en resultaten!
