**ADMINISTRATIEVE GEGEVENS**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Rijksregisternummer |  |
| Telefoonnummer |  |
| Email |  |
| Huisarts |  |
| Verwijzer | Eigen initiatief / Verwijzing huisarts / Verwijzing door: |

**PROFIEL**

|  |  |
| --- | --- |
| Thuissituatie |  Gehuwd / Samenwonend / Alleenstaand Geen kinderen / Aantal kinderen:  |
| Welk beroep?Werkstatus | Actief / Tijdelijk werkongeschikt / Invaliditeit / Gepensioneerd  |
| Lichaamsbeweging |  |
| RokenAlcohol | Nooit gerookt / Actief roker / Ex-roker sinds:Gemiddeld aantal glazen alcohol per week: |
| Allergieën | Allergie voor medicatie? NEE / JA, welke: Zonneallergie? NEE / JA |
| LengteGewicht | Lengte:Gewicht: |
| Familiale ziektes | Komen volgende ziektes in uw familie voor?Artrose / Reumatoïde artritis / ziekte van Bechterew / JichtPsoriasis / Ziekte van Crohn / Colitis ulcerosa  |

**REDEN VAN CONSULTATIE**

|  |
| --- |
| **Wat is uw huidige klacht en hoelang heeft u hier al last van?** |
|  |
| **Heeft u voor deze klacht al medicatie gebruikt of andere behandeling (vb kine) gekregen?** |
|  |

**MEDICATIELIJST**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam medicatie  | Dosis (vb 5mg) | Frequentie (vb 1x/dag) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Jaartal | Ziekte of operatie |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SYMPTOMEN CHECKLIST**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beschrijving symptoom** | **NEE** | **JA,** |  |
| Zijn er pijnlijke gewrichten? |  |  |  |
| Zijn er gezwollen gewrichten? |  |  |  |
| Is er bij het opstaan stijfheid in de gewrichten? |  | <5 / 15 / 30 / 60 min |  |
| Zijn er pijnklachten in de rug? |  |  |  |
| Is er bij het opstaan stijfheid in de rug? |  | <5 / 15 / 30 / 60 min |  |
| Nachtelijke pijn bij het inslapen? |  |  |  |
| Nachtelijke pijn in 2de deel van de nacht (vanaf 3u)? |  |  |  |
| Vermagering in de afgelopen 6 maanden? |  |  |  |
| Koortsopstoten >38°C? |  |  |  |
| Kortademigheid of hoest? |  |  |  |
| Pijnklachten op de borstkast of hartkloppingen? |  |  |  |
| Hoofdpijn? |  |  |  |
| Regelmatig diarree? |  |  |  |
| Problemen bij het plassen? |  |  |  |
| Huiduitslag? |  |  |  |
| Gekende psoriasis? |  |  |  |
| Overdreven veel haarverlies? |  |  |  |
| Zweertjes/aften in de mond? |  |  |  |
| Dagelijks droge mond voor >3maanden? |  |  |  |
| Dagelijks droge/tranende ogen voor >3 maanden? |  |  |  |
| Regelmatig terugkerende oogontstekingen? |  |  |  |
| Wit-blauw-rood verkleuring van de vingers bij koude? |  |  |  |
| Tintelend of voos gevoel in de vingers? |  |  |  |

***Gelieve ons de ingevulde vragenlijst, samen met een eventuele verwijsbrief, bloeduitslagen en verslagen van beeldvormingsonderzoeken op te sturen via***

 ***info.rotera@gmail.com of Dr. Stijn Michiels, Schuttersvest 57, 2800 Mechelen.***

***Op basis van deze gegevens bepalen we of u in aanmerking komt voor een dringende of een gewone consultatie. Wij contacteren u zelf met een voorstel.***