

## Algemene Informatie

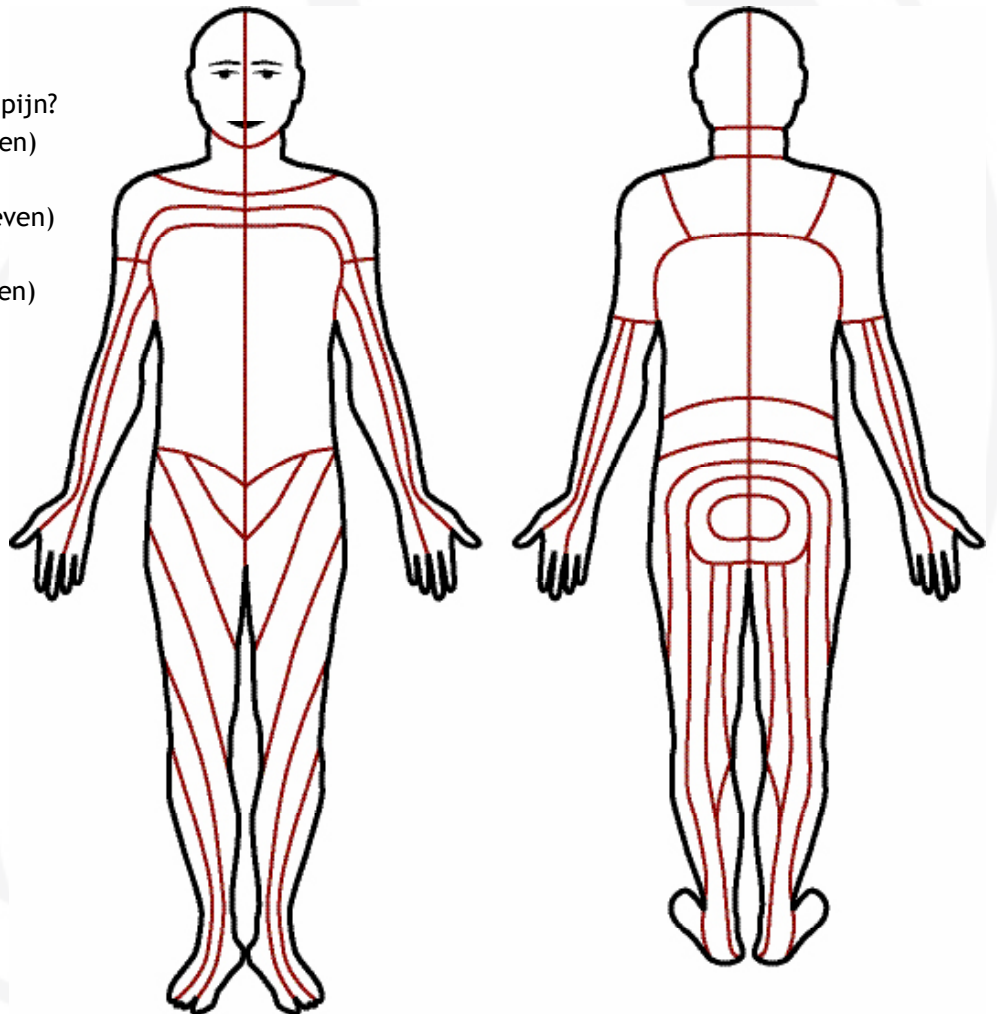
Naam	Voornaam
Geboortedatum	
adres	city

## 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!

---

---