

## Huidtherapeutisch Centrum Weert - vragenlijst

<b>Algemene gegevens:</b>			
Voornaam	Mw./Dhr.	Achternaam	
Adres		Huisnummer	
Postcode		Woonplaats	
BSN nr.		Geboortedatum	
Zorgverzekeraar		Polis nr.	
Telefoon nr.		Mobiel nr.	
Contactpersoon nr.		E-mailadres	
Huisarts		Verwijzing	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Beroep		Hobby's	
<b>Vragenlijst huid-, oedeemtherapie en cosmetiek:</b>			
Wat is uw hulpvraag?			
Wat is/zijn uw verwachting(en)?			
Ik heb interesse in de volgende behandeling: <input type="radio"/> Acnetherapie <input type="radio"/> Camouflagetherapie <input type="radio"/> Littekentherapie <input type="radio"/> Microneedling <input type="radio"/> Peeling <input type="radio"/> MediSpa behandeling <input type="radio"/> Elektrisch epilieren of laserontharing <input type="radio"/> Product- en huidadvies <input type="radio"/> Voedingsadvies <input type="radio"/> Oedeemtherapie <input type="radio"/> Zwachtelen / compressietherapie <input type="radio"/> Wondzorg <input type="radio"/> Therapeutische elastische kousen <input type="radio"/> Cryotherapie of coagulatietherapie <input type="radio"/> Micropigmentatie (PMU) <input type="radio"/> Anders, namelijk..			
Wat zijn uw (belangrijkste) klacht(en)?			
Wanneer is/zijn de klacht(en) begonnen?			
Lichaamsgebied klacht			
Hoe is de klacht ontstaan		<input type="radio"/> geleidelijk <input type="radio"/> plotseling <input type="radio"/> anders, namelijk	
Wanneer is klacht aanwezig		<input type="radio"/> constant aanwezig <input type="radio"/> wisselend aanwezig	
De klachten worden erger wanneer u...			
De klachten worden minder wanneer u...			
Is er onderzoek naar de klachten gedaan, zo ja welk onderzoek?		<input type="radio"/> geen onderzoek <input type="radio"/> wel onderzoek, namelijk	
Geven de klachten een beperking in het ADL?		<input type="radio"/> nee / n.v.t. <input type="radio"/> ja, namelijk	
Geven de klachten een functiebeperking bij bepaalde bewegingen?		<input type="radio"/> nee / n.v.t. <input type="radio"/> ja, bij de volgende bewegingen heb ik last van mijn klacht(en)	
Bent u onder behandeling (geweest) bij specialist, huisarts of andere therapeut?		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, ik heb de volgende behandeling gedaan	
Komen u klachten voor in uw familie?		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
Heeft u verder nog huidklachten?		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> Eczeem <input type="radio"/> Schimmelinfectie <input type="radio"/> psoriasis <input type="radio"/> droge huid <input type="radio"/> vette huid <input type="radio"/> onzuivere huid <input type="radio"/> pigmentvlekken <input type="radio"/> beschadigde huid <input type="radio"/> wonden <input type="radio"/> littekens <input type="radio"/> ontstekingen	

	<input type="radio"/> ontsierende bloedvaatjes <input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> overbehering <input type="radio"/> wratten of steelwratten <input type="radio"/> anders, namelijk
Heeft u een allergie?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja ik ben allergisch voor..
Hoeveel uur per dag slaapt u?	<input type="radio"/> minder dan 7 uur <input type="radio"/> 7 uur <input type="radio"/> 8 uur <input type="radio"/> meer dan 8 uur
Ervaart u stress?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, ik ervaar stress <input type="radio"/> dagelijks <input type="radio"/> soms
Ervaart u hormonale schommelingen?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, <input type="radio"/> puberteit <input type="radio"/> zwangerschap <input type="radio"/> menopauze <input type="radio"/> overgang
Bent u zwanger, wilt zwanger worden of geeft u borstvoeding	<input type="radio"/> nee / n.v.t. <input type="radio"/> ja, zwangerschapswens <input type="radio"/> ja, zwanger <input type="radio"/> ja borstvoeding
Bent u momenteel gezond?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Gebruikt u medicatie?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, namelijk
Gebruikt u voedingssuppletie	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, namelijk
Heeft u recent in de zon/ zonnebank gelegen of gebruikt u bruiningscreme? Of bent u dit van plan?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, wanneer
Verbrandt u snel in de zon? (zonder zonnebrandcrème)	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja verbrand altijd <input type="radio"/> verbrand soms
Wordt u bruin?	
Hoe is uw wondgenezing?	<input type="radio"/> goed <input type="radio"/> bekend met slechte / trage wondgenezing <input type="radio"/> bekend met abnormale littekenvorming door woekering of pigmentvlekken
Bent u ooit geopereerd of krijgt u binnenkort een operatieve ingreep?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja ik ben / wordt ___/___/____ (datum) geopereerd aan..
Heeft u metalen in uw lichaam?	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
Wat doet u momenteel aan huidverzorging of aan uw klacht(en)?	

**Graag aanvinken wat bij u van toepassing is:**

fillers / botox  terugkerende Herpes infectie (koortslip)  Hepatitis AIDS of HIV positief  Hemofilie of verhoogde bloedingsneiging  suikerziekte  auto-immuunziekten  neurologische aandoeningen  Corticosteroiden  Roaccutane  hartfalen / hartproblemen  vaatproblematiek  bloedverdunners  pacemaker  mentale ziekten  kanker  huidkanker  moedervlekken  epilepsie  schildklierafwijking  PCOS  ademhalingsproblematiek  lage bloeddruk  hoge bloeddruk  spataderen  aandoeningen aan maag- en/of darmen  aandoeningen overige organen  gebruikt u medische hulpmiddelen zoals steunzolen, rollator..  thuiszorg  slechthorend  slechtzind  rookt  drugsgebruik

Is er nog iets anders wat de huidtherapeut zou moeten weten?  nee  ja, namelijk

Handtekening cliënt	Datum