

Volle naam & Van:	Noemnaam:
Prof/Dr/Mnr/Mej/Mev/Me:	Verkies u die voornaamwoord: hy/sy/julle?
Geboortedatum:	Beroep:
In watter dorp of stad woon u:	
Naam van huisdokter en verwysende dokter:	
Mediese fonds naam en plan:	Gapingsdekking J/N

Beskryf asseblief u simptome/rede vir die konsultasie. (Wees so volledig as moontlik):

  
  
  
  
  

Hoe lank het u die probleem?

Dui die plek van simptome aan: of your symptoms:



Is u allergies vir enige medikasie?:

Vorige **chirurgiese operasies**, spesifiseer asseblief benaderde datums en betrokke chirurgie:

Lys alle **medikasie**, insluitend pynstillers wat u tans gebruik.

**Op 'n skaal van 0-10 (10=ergste)**

Pyn op die **OOMBLIK**:

**GEMIDDELDE** Pyn:

Pyn op sy **BESTE**:

Pyn op sy **ERGSTE** :

Lys asseblief vorige spesialiste wat u geraadpleeg het.

Spesifiseer watter medikasie nie gewerk het nie of newe-effekte veroorsaak het.

Wat is u gewig (kg):

Wat is u lengte (m):

Is u toestand as gevolg van 'n besering aan diens? J/N

Is enige spesiale ondersoeke soos x-strale, bloedtoetse of MRI/CT skanderings gedoen? Spesifiseer asseblief:

(Dui asseblief aan waar en wanneer die ondersoeke gedoen is)

**Was u vir:**

Fisioterapie

Chiropraktiese behandeling

Pynkliniek

Biokinetiese behandeling

Inspuitings

Rhizotomies

Lys deurlopende mediese probleme en chroniese siektes soos asma, diabetes, hipertensie ens.

Merk asseblief indien van toepassing:

Geskiedenis van kanker

Onverklaarbare gewigsverlies

Onlangse infeksie

Onlangse verandering in dermbeheer

Onlangse verandering in blaasbeheer

Verlies van sensasie v/d binnebene

Onlangse beserings

Koors/kouekoors/nagsweet

Immuunstelsel probleme

Dwelmgewoontes

Pyn erger as u plat lê

Pyn erger in die nag

Merk asseblief indien van toepassing:

Geskiedenis van hartversaking

Geskiedenis van bloedingneiging

Die gebruik van bloedverdunners

Nierversaking

Chroniese longsiekte

Geskiedenis van bloedklonte