**Welkom bij de stuittherapeut**

Om je klachten en de factoren van invloed zo goed mogelijk te kunnen begrijpen, wil ik je graag vragen deze vragenlijst in te vullen voor me. De antwoorden zorgen voor waardevolle informatie waardoor ik je beter kan helpen om van de klachten zo effectief mogelijk te kunnen behandelen.

Dank je wel

|  |
| --- |
| **Naam: Datum:** |

**Hoe lang ben je?** …… cm **Wat is je lichaamsgewicht?** …… kg

(Deze vraag refereert aan je Body Mass Index, waar stuitklachten vaak aan gerelateerd zijn)

|  |
| --- |
| 1. **De beperkingen en klachten bij activiteiten in het dagelijks leven**
 |

**Pijnscore**

|  |  |
| --- | --- |
| Welke score zou je de pijn gemiddeld gedurende de dag willen geven?0 = geen pijn, 10 = ondraaglijke pijn |  |

**Beperkingen**

Geef beneden aan welke activiteiten het meest pijnlijk en beperkt zijn in volgorde van belangrijkheid, waarbij de bovenste dus het meest vervelend is. Denk daarbij aan zitten, fietsen, opstaan uit zit, liggen, naar het toilet gaan staan, bukken, het aanraken of erop drukken, lopen, het doen van specifieke werkzaamheden of sporten enz.

Vul eerst de ernst van de pijn in bij de activiteit 0= geen pijn en 10 ondraaglijke pijn

Als je inmiddels al behandeling hebt gehad bij me, graag de situatie VOOR onze eerste sessie.

Vul daarna de mate van beperking in waarbij 0 geen enkele beperking is bij het uitvoeren van de activiteit en bij 10 het uitvoeren van de activiteit helemaal niet mogelijk is.

Hier beneden graag minimaal drie activiteiten noemen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activiteit | Mate van pijn van 0-10 | Mate van beperking van 0-10 |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **De invloed van overige klachten**
 |

Geef in onderstaande lijst aan in welke mate je de volgende klachten hebt.
Omcirkel daarbij één van de antwoorden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1  | Ik voel me niet uitgeslapen ’s morgens als ik wakker word  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd |
| 2  | Mijn spieren voelen stijf en pijnlijk  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 3  | Ik heb angstaanvallen  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 4  | Ik knars of klem met mijn tanden  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 5  | Ik heb last van diarree en/of constipatie  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 6  | Ik heb hulp nodig bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 7  | Ik ben gevoelig voor fel licht  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 8  | Ik ben snel moe bij fysieke activiteiten  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 9  | Ik heb pijn over mijn gehele lichaam  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 10  | Ik heb last van hoofdpijn  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 11  | Ik heb een ongemakkelijk gevoel in mijn blaas en/of een branderig gevoel bij het plassen  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 12  | Ik slaap niet goed  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 13  | Ik kan me moeilijk concentreren  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 14  | Ik heb huidproblemen zoals droge huid, jeuk of huiduitslag  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 15  | Stress verergert mijn lichamelijke klachten  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 16  | Ik voel me neerslachtig of depressief  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 17  | Ik heb weinig energie  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 18  | Ik heb spierspanning in mijn nek en schouders  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 19  | Ik heb pijn in mijn kaak  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 20  | Bepaalde geuren, zoals parfums, maken me duizelig en misselijk  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 21  | Ik moet vaak plassen  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 22  | Mijn benen voelen ongemakkelijk en rusteloos wanneer ik ’s avonds wil gaan slapen  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 23  | Ik heb moeite om dingen te onthouden  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 24  | Als kind heb ik traumatische gebeurtenissen meegemaakt  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
| 25  | Ik heb pijn in mijn bekkenregio  | Nooit Zelden Soms Vaak Altijd  |
|  | Is er sprake van: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Recent onverklaarbaar gewichtsverlies?Een diagnose kanker hebben gehad in het verleden?Een zeurende, brandende pijn in het zitvlak- of bilregio?Een zeurende, brandende pijn in de geslachtsorganen?Een gevoelloosheid of tintelingen in de huid van het zitvlak of de billen? | Ja / NeeJa / NeeJa / Nee Ja / NeeJa / Nee |
| Hoeveel stress/onrust ervoer je in je leven in de periode voor en rond het ontstaan van de klachten, en hoeveel is dat nu?0 = totaal zen, 10 = totale onrust en gevoel controle kwijt te zijn | **Rond ontstaan** | **Nu** |

|  |
| --- |
| 1. **Medische diagnoses**
 |

Zijn er door een arts in het verleden bij jou één van volgende aandoening gediagnosticeerd?
Omcirkel het antwoord en noteer het jaar van de diagnose indien van toepassing.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Jaar Diagnose |
| Restless legs syndrome (Rusteloze benen)  | Ja | Nee |  |
| Chronische vermoeidheidssyndroom  | Ja | Nee |  |
| Fibromyalgie  | Ja | Nee |  |
| Kaakklachten  | Ja | Nee |  |
| Migraine of spanningshoofdpijn  | Ja | Nee |  |
| Prikkelbare darm syndroom  | Ja | Nee |  |
| Overgevoeligheid voor chemische stoffen  | Ja | Nee |  |
| Nekletsel (inclusief whiplash)  | Ja | Nee |  |
| Angst- of paniekaanvallen  | Ja | Nee |  |
| Depressie  | Ja | Nee |  |

|  |
| --- |
| 1. **Spanning in de bekkenbodemmusculatuur**
 |

Zijn een of meerdere van deze van toepassing? Omcirkel het antwoord.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Controle missen om op tijd naar het toilet te komen | Ja | Nee |
| Wel aandrang maar moeite om te komen tot plassen/ontlasting op toilet | Ja  | Nee |
| Ongewenst verlies van urine of defecatie | Ja | Nee |
| Pijn, gevoeligheid of ongemak tijdens het vrijen | Ja | Nee |
| Met enige regelmaat last van obstipatie | Ja | Nee |
| Pijn, ongemak of zwaar gevoel in en rond de geslachtsorganen  | Ja | Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe vaak ben je bevallen?Graag erbij vermelden of het vaginale bevallingen waren of keizersneden. |  |

|  |
| --- |
| 1. **Eerdere behandelingen**
 |

Heb je al andere therapeuten bezocht voor deze klachten? Denk hierbij aan fysiotherapeuten maar ook bekkenfysio’s, chiropractors, osteopaten en zo voorts. Vermeld per therapeut wat de behandeling was (zoals massage, dry needling, oefeningen of directe behandeling aan de stuit) en het effect ervan.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soort therapeut | De behandeling | Het effect |
|  |  |  |

Heb je een arts bezocht voor deze klachten? Vermeld per arts wat de behandeling was (zoals medicatie of een injectie). Als je injecties hebt gehad dan graag het effect van elk van de injecties vermelden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Soort arts | De behandeling | Het effect |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Bijzonderheden**
 |

Mocht je nog iets kwijt willen of willen toevoegen dan kan dat hier of op de achterzijde van het formulier.