

## Verwijsformulier kliniek voor onverklaarde lichamelijke klachten

### Administratieve gegevens van de patiënt

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Geslacht: M / V

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Ziekenfonds: \_\_\_\_\_

Herkomst: \_\_\_\_\_

#### • Woonsituatie

(Kruis aan wat van toepassing is, meerdere opties zijn mogelijk.)

Ik woon bij mijn gezin van oorsprong. (Dit kan zowel uw natuurlijke gezin van oorsprong zijn als een pleeggezin of familieleden bij wie u bent opgegroeid)

Ik ben kotstudent.

Ik woon alleen.

Ik woon samen met:

mijn partner

mijn kinderen

mijn ouders

anderen (leg uit)

Ik verblijf in een inrichting of instelling.

Andere woonsituatie (leg uit): \_\_\_\_\_

#### • Kinderen

Hoeveel kinderen heeft u? Aantal: ...

Hoeveel kinderen heeft u die geheel bij u verblijven? Aantal: ... Wat is de leeftijd van die kinderen? .....

Hoeveel kinderen heeft u die gedeeltelijk bij u verblijven? Aantal: ... Wat is de leeftijd van die kinderen? .....

#### • Sociale status

Bent u weduwe of weduwnaar (of bent u ooit weduwe of weduwnaar geweest)?  ja  nee.

Heeft u ooit een echtscheiding doorgemaakt?

Ja, een feitelijke scheiding (zowel voor gehuwde partners als voor samenwonende partners)

Ja, een officiële echtscheiding (enkel voor gehuwde partners)

Ja, andere (leg uit):

Nee.

#### • Mantelzorg

Staat u **heden** tenminste **8 uur per week niet-beroepsmatig** in voor hulp aan of verzorging van hulpbehoevende personen (bejaarden, langdurig zieken, gehandicapten)?

Met de normale zorg aan en opvoeding van gezonde, niet-gehandicapte kinderen mag u bij het beantwoorden van deze vraag geen rekening houden.

Nee

Ja, een persoon of personen uit het eigen huishouden. Ik doe dit sinds ... maanden.

Ja, een persoon of personen niet behorend tot het eigen huishouden. Ik doe dit sinds ... maanden.

Heeft u in het verleden tenminste 8 uur per week niet-beroepsmatig ingestaan voor hulp aan of verzorging van hulpbehoevende personen (bejaarden, langdurig zieken, gehandicapten)?

Met de normale zorg aan en opvoeding van gezonde, niet-gehandicapte kinderen mag u bij het beantwoorden van deze vraag geen rekening houden.

Nee

Ja, een persoon of personen uit het eigen huishouden.

Ik heb dit gedurende ... maanden gedaan. Ik doe dit niet meer sinds ... maanden.

Ja, een persoon of personen niet behorend tot het eigen huishouden.

Ik heb dit gedurende ... maanden gedaan. Ik doe dit niet meer sinds ... maanden.

#### • Hulp

Heeft u betaalde of onbetaalde hulp in het huishouden van personen die niet bij u wonen?

Ja  nee

#### • Hoogst behaalde diploma:

Lager onderwijs  lager middelbaar onderwijs

hoger middelbaar onderwijs  hoger onderwijs  universiteit

#### • Beroep

In welke betaalde beroepsactiviteitensector werkt u of heeft u het laatst gewerkt?

Meerdere opties kunnen van toepassing zijn.

<input type="checkbox"/> Nog nooit betaalde beroepsactiviteit verricht	<input type="checkbox"/> Onroerende goederen, verhuur
<input type="checkbox"/> Landbouw, bosbouw of visserij	<input type="checkbox"/> Diensten aan bedrijven
<input type="checkbox"/> Industrie	<input type="checkbox"/> Particuliere huishoudens met werknemers
<input type="checkbox"/> Bouwnijverheid	<input type="checkbox"/> Openbaar bestuur
<input type="checkbox"/> Groot- of kleinhandel	<input type="checkbox"/> Onderwijs, opleiding
<input type="checkbox"/> Reparatie van (gebruiks)goederen & voertuigen	<input type="checkbox"/> Internationale instellingen
<input type="checkbox"/> Vervoer, opslag en communicatie	<input type="checkbox"/> Leger
<input type="checkbox"/> Horeca	<input type="checkbox"/> Gezondheidszorg en sociale dienstverlening
<input type="checkbox"/> Financiële instellingen (bank, verzekering)	<input type="checkbox"/> Andere diensten - omschrijf ...

#### Wat is uw huidig beroepsstatuut?

Meerdere opties kunnen van toepassing zijn.

**Voltijds werkend**  arbeider  bediende  zelfstandige  ambtenaar

**Deeltijds werkend**  arbeider  bediende  zelfstandige  ambtenaar

#### Arbeidsongeschikt ten laste van?

Ziekenfonds

Wetsverzekeraar

Ministerie van SZ -Tegemoetkoming aan gehandicapten

Fonds voor beroepsziekten

aangepast werk  werkloos  gepensioneerd  student

onbetaalde beroepsactiviteit (bv huishouden)  andere - leg uit ...

#### Bent u momenteel verwickeld in een beroepsprocedure?

Meerdere opties kunnen van toepassing zijn.

nee, geen beroepsprocedure

**Ja, beroepsprocedure tegen**  Ziekenfonds  RIZIV m Privéverzekeraar  andere

## Huidige problematiek

### • Klachten

Belangrijkste klachten	sinds

### • Eventuele oorzaak klachten:

---

---

### • Vermoedelijke diagnose(n):

---

### • Behandeling van klachten in het heden of in het verleden en het effect daarvan:

Werd u reeds behandeld voor uw cvs ?  ja  nee

Gelieve in de onderstaande tabel in te vullen welke zorgverleners u al behandeld hebben voor uw cvs.

Per behandelaar vult u de naam van de behandelaar in, geeft u aan of deze persoon u nu nog behandelt (u vult 'heden' of 'verleden' in) en omschrijft u kort wat het effect is of was van deze behandeling (bijvoorbeeld 'geen effect', 'verbetering', ...).

Specialisatie behandelaar	Naam of namen behandelaar(s)	In heden of verleden?	Soort en effect behandeling?
Internist			
Neuroloog			
Fysiotherapeut			
Psychiater			
Huisarts			
Psycholoog			
Kinesist			
Diëtist			
Multidisciplinaire behandeling (*)			
Multidisciplinaire behandeling (*) in het ziekenhuis waar het cvs-referentiecentrum gevestigd is waar u via deze verwijzing behandeld wil worden.			
Andere behandelingen			

(\*) Een multidisciplinaire behandeling is een behandelingsvorm waarbij zorgverleners met verschillende specialisten (internist, psychiater, kinesist ...) samen in nauw overleg een patiënt behandelen.

<b>Dagindeling (24u)</b>	Aantal uren echt slapen Aantal uren neerliggen zonder te slapen Aantal uren zitten zonder actieve bezigheid Aantal uren zitten en actief bezig zijn Aantal uren actief te been	<b>Uren per dag</b>	
<b>Dagactiviteiten</b>	Huishoudelijke activiteiten  Hobby's  Sport  Kinesitherapie  Zelfzorg (oefentherapie, stretching ...)  Werk	<b>Uren per dag</b>	<b>Wat?</b>
<b>Slaap</b>	Slaapkwaliteit Inslaapproblemen Doorslaapproblemen Wakker van de pijn Slaap overdag	<input type="checkbox"/> zeer goed <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> slecht <input type="checkbox"/> zeer slecht <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> dikwijls <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> dikwijls <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> dikwijls <input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> nooit <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> dikwijls <input type="checkbox"/> altijd	

## Medische voorgeschiedenis

- **Vroeger doorgemaakte medische problemen (ziekten, ongevallen, operaties ...):**

---



---



---



---



---

## Middelengebruik

Categorie	Middelen (specifiek)	Heden of verleden?	Dosis - Hoeveel per dag?
Medicatie			
Roken			
Alcohol			
Drugs			

Datum:

Handtekening van de patiënt:

## Administratieve gegevens van de huisarts

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-mail adres: \_\_\_\_\_

## Medische gegevens van de patiënt

• Allergie: \_\_\_\_\_

• Medische voorgeschiedenis (relevante antecedenten):

---

---

---

---

---

---

---

---

• Familiale voorgeschiedenis (relevante familiale antecedenten indien gekend)

Is er iemand anders in het gezin van afkomst van de patiënt die vermoedelijk lijdt aan cvs?  
Indien ja, wie?

---

---

---

---

---

Is er iemand anders in het eigen gezin van de patiënt die vermoedelijk lijdt aan cvs?  
Indien ja, wie?

---

---

---

---

---

---

---

• **Aanwezigheid van CDC-criteria voor cvs**

Aankruisen indien van toepassing

1. Klinisch geëvalueerde, onverklaarde aanhoudende of terugkerende zelfgerapporteerde vermoeidheid gedurende zes of meer opeenvolgende maanden; die nieuw is of een duidelijk begin heeft (niet levenslang); die niet het resultaat is van voortdurende inspanning; die niet aanzienlijk verbetert door rust en die resulteert in een aanzienlijke vermindering van vroegere niveaus van beroepsmatige, schoolse, sociale of persoonlijke activiteiten.	
2. Het gelijktijdig aanhoudend of terugkerend voorkomen gedurende zes of meer opeenvolgende maanden van ziekte van vier of meer van de volgende symptomen die de vermoeidheid niet voorafgaan:	
-zelfgerapporteerde verzwakking van het korte termijn-geheugen of de concentratie, die voldoende ernstig is om vroegere niveaus van beroepsmatige, schoolse, sociale of persoonlijke activiteiten aanzienlijk te verminderen;	
- keelpijn;	
- gevoelige hals- of okselklieren	
- spierpijn;	
- meerdere gewrichtenpijn zonder begeleidende zwelling of roodheid;	
< 3 maand	
> 3 maand	
- hoofdpijn van een nieuw type, patroon of ernst;	
- niet-verfrissende slaap	
- malaiseklachten na inspanning die langer dan 24 uur duren.	

• **Aanwezigheid van exclusiecriteria**

Aankruisen indien van toepassing

1. Elke actieve medische aandoening die de chronische vermoeidheid zou kunnen verklaren.	
2. Elke vroeger gediagnosticeerde medische aandoening waarvan de verdwijning met enige klinische twijfel is aangetoond en waarvan het voortduren de chronisch vermoeiende ziekte zou kunnen verklaren.	
3. Elke in het verleden of heden gestelde diagnose van een majeure depressieve stoornis eventueel met psychotische of melancholische kenmerken; bipolaire affectieve stoornissen; elk type van schizofrenie; elk type van waanstoornissen; elk type van dementie; anorexia nervosa; boulimia nervosa.	
4. Misbruik of afhankelijkheid van alcohol of andere psychoactieve middelen binnen een periode van twee jaar voor aanvang van de chronische vermoeidheid of sinds de aanvang ervan.	
5. Ernstige obesitas zoals geoperationaliseerd middels een body mass index met een waarde groter dan of gelijk aan 45.	

• **Zijn er nog andere actuele klachten dan degene die eerder hierboven vermeld werden?**

Klachten	sinds
<input type="checkbox"/> Prikkelbaarheid	
<input type="checkbox"/> Depressieve klachten	
<input type="checkbox"/> Slaapproblemen	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

**Klinische gegevens (relevante klinische bevindingen)**

Gelieve de verslagen en resultaten van uw klinische bevindingen mee te geven.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Technische onderzoeken (relevante onderzoeken\*)**

Gelieve de verslagen en resultaten van alle reeds uitgevoerde onderzoeken mee te geven.

---

---

---

---

---

Datum:

Handtekening van de huisarts - verwijzer: