



# Fysiotherapie Culemborg

Beatrixstraat 19, 4101 HJ Culemborg (in het Gezondheidscentrum Culemborg)  
Telefoon: 0345-512658, WWW: [fysiotherapie-culemborg.nl](http://fysiotherapie-culemborg.nl)

Geachte heer, mevrouw,

Dit document bestaat uit vragenlijsten over hoofdpijn. Door middel van de door u ingevulde vragenlijsten proberen wij inzicht te krijgen in het type hoofdpijn dat u heeft. Tevens wordt gekeken naar de problemen dan wel beperkingen die de hoofdpijn in het dagelijks leven oplevert en reeds gevolgde behandelingen.

De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

- Hoofdpijn 1
- Hoofdpijn 2
- Stellingen
- Algemeen
- Sociale situatie
- Slapen

Op basis van uw antwoorden bekijken wij bij welke therapeut u een afspraak krijgt.

Om u zo snel mogelijk van dienst te zijn, vragen wij u bijgevoegde formulieren zo volledig mogelijk in te vullen en zo spoedig mogelijk aan ons terug te zenden. U kunt de ingevulde vragen lijst mailen naar: [fysiotherapie.culemborg@gmail.com](mailto:fysiotherapie.culemborg@gmail.com)  
U kunt de ingevulde vragenlijst ook opsturen naar:

Fysiotherapie Culemborg  
Beatrixstraat 19  
4101 HJ Culemborg

Na beoordeling van uw vragenlijst nemen wij contact met u op voor het maken van een afspraak.

Met vriendelijke groet,  
Team Fysiotherapie Culemborg

•Wim Verhallen, algemeen fysiotherapeut, handtherapeut, acupunctuur •Franka Tros, algemeen fysiotherapeut, psychosomatisch en psychomotorisch fysiotherapeut, acupunctuur •Piet Schouten, algemeen fysiotherapeut, therapeut Mulligan i.o., medical taping, acupunctuur •Ingeborg van Logchem, oefentherapeut Cesar, slaap-oefentherapeut, kindertolk •Harry de Groot, oefentherapeut Cesar, kinderoefentherapeut •Vincent van Someren, fysio-manueeltherapeut, kaakfysiotherapeut, echografie, dryneedling •Annechien Koch, algemeen fysiotherapeut, psychosomatisch en psychomotorisch fysiotherapeut



## Vragenlijst over uw hoofdpijn

Naam: .....

Voorletters: .....

Geboortedatum: .....(DD/MM/JJJJ)

Adres: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

Telefoonnummer: .....

Mobiel: .....

E-mailadres: .....

BSN-nummer: .....

De volgende vragen hebben betrekking op de verschillende soorten hoofdpijn die u ervaart. In geval dat u meerdere hoofdpijnen ervaart, kunt u hier twee soorten beschrijven.

### Hoofdpijn 1

1. *Op welk moment van de dag heeft u met name hoofdpijn:*

---

- 's Morgens bij het wakker worden
- 's Middags
- 's Avonds
- 's Nachts
- Wisselend
- De hele dag

2. *Kunt u aangeven waar de hoofdpijn meestal zit:*

---

- Boven op het hoofd
- Het gehele hoofd
- Rondom het oog
- Rondom beide ogen
- Nek/achterhoofd en zijkant hoofd

3. *De hoofdpijn is:*

---

- Eenzijdig in het gehele hoofd
- Tweezijdig
- Eenzijdig op een specifieke plek
- Vaak eenzijdig maar kan ook tweezijdig voorkomen



**4. Hoe voelt de hoofdpijn aan:**

---

- Kloppend/bonzend
- Klemmend/drukkend
- Zeurend
- Borend/stekend
- Constante, niet pulserende diepe pijn
- Anders, nl .....

**5. Welke intensiteit heeft de hoofdpijn gemiddeld:**

---

- Licht tot matig
- Matig tot erg
- Erg tot heftig
- Ondraaglijk

**6. Kunt u hieronder aangeven hoe heftig uw hoofdpijn de afgelopen maand gemiddeld was. Hierbij is 0 geen pijn en 10 de meest heftig denkbare pijn.**

---

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**7. Hoe vaak heeft u hoofdpijn:**

---

- ..... dagen per maand
- ..... dagen per week
- Dagelijks
- Meerdere aanvallen per dag

**8. Gebruikt u pijnstillers tegen de hoofdpijn:**

---

- ja, nl ..... per dag/week/maand
- nee, u mag vragen volgende vragen over pijnstillers overslaan

**9. Welke medicatie gebruikt u tegen de hoofdpijn:**

---

- .....

**10. Hoe lang duurt het tot uw hoofdpijn over is als u medicatie tegen de hoofdpijn gebruikt:**

---

- ..... uren
- ..... dagen



11. Hoe lang duurt het tot uw hoofdpijn over is als u geen medicatie tegen hoofdpijn gebruikt:

---

- ..... uren
- ..... dagen

12. Komt de hoofdpijn in clusters:

---

- ja, clusters van ..... tot .....
- nee

13. De hoofdpijn begint:

---

- plotseling maar kan vaak wel van tevoren voorspeld worden
- geleidelijk en neemt toe in intensiteit
- plotseling in hevige aanvallen
- geleidelijk vanuit de nek, verspreidt zich naar het hoofd en wordt steeds erger
- altijd op dezelfde momenten in de maand

14. Wat is bij u van toepassing:

---

- als ik hoofdpijn heb, ga ik het liefst heel stil liggen
- als ik hoofdpijn heb, moet ik bewegen
- als ik hoofdpijn heb, kan ik doorgaan met mijn dagelijkse bezigheden

15. Neemt uw hoofdpijn toe als...

---

- ik mijn hoofd/nek beweegt
- ik een fysieke activiteit doe
- ik aan het einde van een stressvolle periode ben, vermoeid ben of onregelmatig eet
- ik me in een stressvolle periode bevind
- ik alcohol nuttig
- ik hazenslaapjes neem
- ik rook
- ik me aan warmte blootstel

16. Heeft u last van:

---

- visuele verschijnselen (bijvoorbeeld lichtflitsen)
- spraakstoornissen (bijvoorbeeld praten met dubbele tong)
- uitvalsverschijnselen
- niet van toepassing



17. Indien u bij de vorige vraag “ja” heeft geantwoord, zijn deze verschijnselen dan:

---

- tijdens de hoofdpijn
- voorafgaand aan de hoofdpijn

18. Heeft u tijdens de hoofdpijn last van:

---

- misselijkheid
- braken
- licht
- geluid
- gezwollen ooglid
- hangend ooglid
- rood oog
- tranen van een oog
- loopneus
- verstopte neus
- zweten in het gezicht
- Anders, nl .....

## Hoofdpijn 2:

1. Op welk moment van de dag heeft u met name hoofdpijn:

---

- 's Morgens bij het wakker worden
- 's Middags
- 's Avonds
- 's Nachts
- Wisselend
- De hele dag

2. Kunt u aangeven waar de hoofdpijn meestal zit:

---

- Boven op het hoofd
- Het gehele hoofd
- Rondom het oog
- Rondom de ogen
- Nek/achterhoofd en zijkant hoofd

3. De hoofdpijn is:

---

- Eenzijdig in het gehele hoofd
- Tweezijdig
- Eenzijdig op een specifieke plek
- Vaak eenzijdig maar kan ook tweezijdig voorkomen



4. *Hoe voelt de hoofdpijn aan:*

---

- Kloppend/bonzend
- Klemmend/drukkend
- Zeurend
- Borend/stekend
- Constante, niet pulserende diepe pijn
- Anders, nl .....

5. *Welke intensiteit heeft de hoofdpijn gemiddeld:*

---

- licht tot matig
- matig tot erg
- erg tot heftig
- ondraaglijk

6. *Kunt u hieronder aangeven hoe heftig uw hoofdpijn de afgelopen maand gemiddeld was. Hierbij is 0 geen pijn en 10 de meest heftig denkbare pijn.*

---

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

7. *Hoe vaak heeft u hoofdpijn:*

---

- ..... dagen per maand
- ..... dagen per week
- Dagelijks
- Meerdere aanvallen per dag

8. *Gebruikt u pijnstillers tegen de hoofdpijn:*

---

- ja, nl ..... per dag/week/maand
- nee, u mag vragen volgende vragen over pijnstillers overslaan

9. *Welke medicatie gebruikt u tegen de hoofdpijn:*

---

- .....

10. *Hoe lang duurt het tot uw hoofdpijn over is als u medicatie tegen de hoofdpijn gebruikt:*

---

- ..... uren
- ..... dagen



# Fysiotherapie Culemborg

11. Hoe lang duurt het tot uw hoofdpijn over is als u geen medicatie tegen hoofdpijn gebruikt:

---

- ..... uren
- ..... dagen

12. Komt de hoofdpijn in clusters:

---

- ja, clusters van ..... uur tot ..... uur
- nee

13. De hoofdpijn begint:

---

- plotseling maar kan vaak wel van tevoren voorspeld worden
- geleidelijk en neemt toe in intensiteit
- plotseling in hevige aanvallen
- geleidelijk vanuit de nek, verspreidt zich naar het hoofd en wordt steeds erger
- altijd op dezelfde momenten in de maand

14. Wat is bij u van toepassing:

---

- als ik hoofdpijn heb, ga ik het liefst heel stil liggen
- als ik hoofdpijn heb, moet ik bewegen
- als ik hoofdpijn heb, kan ik doorgaan met mijn dagelijkse bezigheden

15. Neemt uw hoofdpijn toe als...

---

- ik mijn hoofd/nek beweegt
- ik een fysieke activiteit doe
- ik aan het einde van een stressvolle periode ben, vermoeid ben of onregelmatig eet
- ik me in een stressvolle periode bevind
- ik alcohol nuttig
- ik hazenslaapjes neem
- ik rook
- ik me aan warmte blootstel



## Stellingen

In dit blok kunt aangeven wat voor u van toepassing is bij de genoemde stelling. Indien het oneens bent met de stelling geeft u een laag getal aan, indien u het eens bent een hoog getal.

1. *Ik ben beperkt in mijn familiale en huishoudelijke verantwoordelijkheden vanwege mijn hoofdpijn.*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Geen beperkingen Volledig beperkt

2. *Ik ben beperkt in mijn hobby's en sport vanwege mijn hoofdpijn.*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Geen beperkingen Volledig beperkt

3. *Ik ben beperkt in mijn sociale activiteiten vanwege mijn hoofdpijn.*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Geen beperkingen Volledig beperkt

4. *Ik ben beperkt in mijn werk, huishouden en vrijwilligerswerk vanwege mijn hoofdpijn.*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Geen beperkingen Volledig beperkt

5. *Ik ben beperkt in mijn seksuele activiteiten vanwege mijn hoofdpijn.*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Geen beperkingen Volledig beperkt

6. *Ik ben beperkt in mijn zelfzorg vanwege mijn hoofdpijn.*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Geen beperkingen Volledig beperkt

7. *Ik ben beperkt in mijn basale levensbehoeften zoals eten, slapen en ademen vanwege mijn hoofdpijn.*

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
Geen beperkingen Volledig beperkt





## Algemeen

1 *Waar bent u al met uw hoofdpijnklachten geweest?*

---

- Huisarts
- Neuroloog
- Psycholoog
- Acupunctuur
- Chiropractor
- Cesar- of Mensendiecktherapeut
- Anders, nl .....

2 *Bent u op dit moment nog bij een specialist onder behandeling?*

---

- Nee
- Ja, nl .....

3. *Is uw gezichtsvermogen recentelijk gecontroleerd?*

---

- Ja, datum: .....
- Nee

4. *Rookt u?*

---

- Ja, ..... sigaretten per dag
- Nee
- Gestopt sinds: .....

5. *Drinkt u alcohol?*

---

- Ja, ..... glazen per dag of ..... glazen per week
- Nee

6. *Drinkt u:*

---

- Koffie (met coffeïne), ..... koppen per dag
- Gewone thee (dus niet groene of kruiden thee) ..... koppen per dag
- Cola/ijs thee ..... glazen per dag
- Sportdrink/energie drank ..... glazen per dag
- Cup-a-soup

7. *Hoeveel drinkt u per dag? Het gaat hierbij om alles wat u drinkt, zoals water, thee, koffie, fris, soep, etc.*

---

- Minder dan 1 ltr vocht
- 1 tot 1,5 ltr vocht
- Meer dan 1,5 ltr vocht op een dag



8. *Eet u regelmatig drop/kauwgum?*

---

- Ja, hoe vaak? .....
- Nee

9. *Eet u iedere dag een ontbijt?*

---

- Ja
- Nee

10. *Slaat u wel eens maaltijden over?*

---

- Ja
- Nee

11. *Hoeveel momenten op een dag eet u (hoofdmaaltijden en tussendoortjes)?*

---

- ..... keer

12. *Eet u nog wat voor het slapen gaan?*

---

- Ja
- Nee

13. *Bent u de afgelopen tijd onder behandeling geweest van een medisch specialist?*

---

- Ja, welke specialist? .....  
welk ziekenhuis? .....
- Nee

14. *Heeft u Astma, COPD, Diabetes, Hypertensie of hartklachten?*

---

- Nee
- Ja, nl .....

15. *Heeft u andere ziekten of aandoeningen?*

---

- Nee
- Ja, nl .....

16. *Gebruikt u medicijnen (andere dan u al heeft aangegeven voor uw hoofdpijn)?*

---

- Nee
- Ja, nl .....



## Sociale situatie

### 1a. Hoe is de thuissituatie?

---

- Gehuwd
- Ongehuwd samenwonend
- Alleenwonend
- Weduwe/weduwnaar
- Gescheiden
- Bij ouder(s) wonend
- Andere woonvorm: .....

### 1b. Heeft u kinderen?

---

- Geen
- Meisje(s) ..... Leeftijd .....
- Jongen(s) ..... Leeftijd .....

### 2. Heeft u werkzaamheden buitenshuis?

---

- Ja, nl .....
- Fulltime
- Parttime
- Nee
- Gepensioneerd
- WAO

### 3. Doet u regelmatig aan sport?

---

- Nee
- Ja, nl .....

### 4. Hoe lang kijkt u per dag naar een scherm (televisie, computer, laptop, tablet)?

---

- ..... minuten
- ..... uren

### 5. Hoeveel uur bent u per dag kwijt aan werken met de computer of gamen?

---

- ..... minuten
- ..... uren



## Slapen

1. Hoe laat gaat u naar bed? ..... uur

---

2. Hoe lang duurt het gewoonlijk voordat u in slaap valt?

---

- Vrijwel direct
- Duurt enige tijd, ..... minuten
- Anders, nl .....

3. Hoe laat valt u in slaap? ..... uur

---

4. Hoe laat wordt u wakker? ..... uur

---

5. Wordt u 's nachts wakker?

---

- Vrijwel nooit
- Vaak
- Vrijwel altijd

6. Bent u iemand die:

---

- Leest of televisie kijkt tot u in slaap valt
- Onrustig slaapt
- Snurkt
- Overdag makkelijk in slaap valt
- Met de tanden knarst
- Vroeg wakker is omdat .....
- Weinig slaap nodig heeft
- Onregelmatige diensten heeft
- Vaak uitslaapt
- Overdag hazenslaapjes doet
- Tussen de middag altijd even gaat slapen
- Goed slaapt
- 's Morgens altijd wakker wordt met pijn in de kaken
- Anders, nl .....