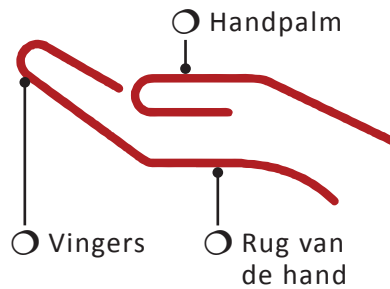
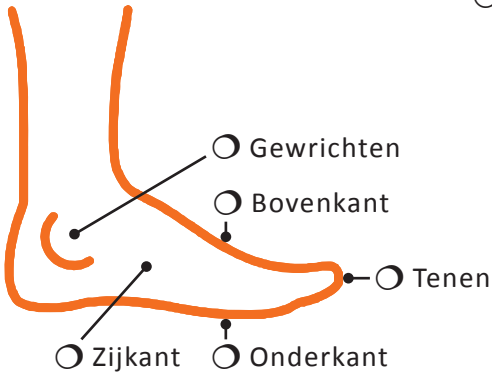




Waar heeft u pijn?

(kruis alles aan waar u last van heeft)

- Linkervoet Linkerhand
 Rechtervoet Rechterhand
 Beide voeten Beide handen



Hoeveel last heeft u van de volgende klachten?

(zet een kruisje bij de schaal)

	<input type="checkbox"/> geen	<input type="checkbox"/> beetje	<input type="checkbox"/> veel
Pijn			
Gevoeligheid bij aanraking			
Gevoeligheid bij warmte			
Gevoeligheid bij kou			

Hoeveel last heeft u van de volgende lichamelijke of mentale klachten?

(zet een kruisje bij de schaal)

	<input type="checkbox"/> geen	<input type="checkbox"/> beetje	<input type="checkbox"/> veel
Problemen met lopen			
Spierszwakte			
Evenwichtsproblemen			
Depressieve gevoelens			
Angstige gevoelens			

Hoeveel invloed hebben de klachten op uw dagelijks leven?

(zet een kruisje bij de schaal)

	<input type="checkbox"/> geen	<input type="checkbox"/> beetje	<input type="checkbox"/> veel
Gezinsleven			
Werk			
Slapen			

Omschrijf de pijn

- Prikkend
 Snijdend
 Tintelingen
 Brandend
 Elektrisch of met scheuten
 Doof gevoel
 Jeuk
 Alleen na aanraking
 Warm / heet gevoel
 Koud / bevroren gevoel
 Kloppend
 Anders:

GESPREKS KAART

pijnlijke diabetische
neuropathie

Hoe bespreek ik
mijn klachten met
mijn zorgverlener(s)?