

EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE DU CHU BRUGMANN
FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE PATIENT

Données administratives:

- NOM :
- PRENOM :
- DATE DE NAISSANCE :
- N° TELEPHONE FIXE :
- N° GSM :
- ADRESSE E MAIL EVENTUELLE :

Date du début de la douleur :

Pourriez-vous nous décrire brièvement votre problème ?

Un diagnostic a-t-il été donné ?

Qui vous a orienté vers la consultation douleur chronique ? (cocher la mention utile)

- Mon médecin traitant
- Mon médecin spécialiste :
- J'ai été conseillé par un kinésithérapeute, un psychologue, ou une infirmière
- J'ai été informé par le « bouche à oreille »
- J'ai été informé par Internet

Avez-vous été adressé à un médecin de l'équipe en particulier ? (cocher la mention utile)

- NON
- OUI :

Si oui lequel :

- Dr D. Bouckenaere
- Dr A. Gierasimowicz-Fontana
- Dr S. Hatem
- Dr N. Mathieu
- Dr S. Walckiers

EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE DU CHU BRUGMANN
FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE PATIENT

Pourriez-vous préciser vos attentes envers notre centre ?