

**MULTIDISCIPLINAIR TEAM VOOR CHRONISCHE PIJNBESTRIJDING UVC BRUGMANN  
INVULFORMULIER VOOR DE PATIENT**

**Administratieve gegevens:**

- NAAM :
- VOORNAAM :
- GEBOORTEDATUM :
- VAST TEL.NR :
- GSM :
- EVENTUEEL E MAIL ADRES :

**Begindatum van pijn :**

**Kan u ons uw probleem kort beschrijven ?**

**Werd er reeds een diagnose vastgesteld ?**

**Wie heeft u naar de consultatie voor pijnbestrijding doorverwezen ?** (aankruisen wat van toepassing is)

- Mijn behandelend geneesheer
- Mijn geneesheer-specialist
- Het werd mij aangeraden door een kinesist, een psycholoog, verplegend personeel
- Ik werd ingelicht « van mond tot mond »
- Ik werd ingelicht via Internet

**Werd u doorverwezen naar een welbepaalde geneesheer van het team ?** (aankruisen wat van toepassing is)

- NEEN
- JA :

**Zo ja, wie ?**

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

**Wat is uw vraag ? Gelieve uw verwachtingen betreffende ons centrum te omschrijven.**