

## Vragenformulier DTF screening algemeen

1. Hebt u kort geleden een trauma (ongeluk, val ) gehad ?

JA  NEE

2. Hebt u al langer (onverklaarbare ) koorts ?

JA  NEE

3. Bent u de laatste maand meer dan 5 kg. gewicht verloren zonder daar iets aan te doen (bijv. lijnen, of meer sporten ) ?

JA  NEE

4. Gebruikt u al langere tijd corticosteroiden ?

JA  NEE

5. Heeft u constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van houding ?

JA  NEE

6. Heeft u kanker (gehad) ?

JA  NEE

7. Heeft u een gevoel van algemeen onwelbevinden, zoals vermoeidheid bijv. ?

JA  NEE

8. Heeft u 's-Nachts pijn ?

JA  NEE

9. Heeft u prikkelingen of tintelingen, verminderd gevoel of krachtsverlies ?

JA  NEE