

VRAGENLIJST IJZER deficiëntie syndroom

Advies Afspraak datum:

Voornaam : Cliëntnummer:

Naam :

Adres :

PC + Plaats :

Mobiel / Tel :

E mail :

Overig :

Ik heb me sinds(datum) niet goed gevoeld, toen.....

.....

(beschrijf een gebeurtenis, als er één was, gebruik eventueel ook achterkant)

Heeft u:	JA /NEE
Vermoeidheidsklachten	
Concentratie stoornissen	
Depressieve gevoelens	
Slaapstoornissen	
Hoofdpijn	
Nekpijn	
Duizeligheid	
Haaruitval	
Broze nagels	
Rusteloze benen, restless legs	
Totaal antwoorden met JA	

1 tot 2 punten: IDS mogelijk

3 punten: IDS waarschijnlijk

4 punten of meer: hoge waarschijnlijkheid bestaan IDS