

## Functiebeoordeling rug

Algemeen	
1. Dossiernummer	<input type="text"/>
2. Datum onderzoek	<input type="text"/>
3. Naam verzekerde	<input type="text"/>
4. Geboortedatum	<input type="text"/>
KGO	
1. Wat is de localisatie van de klachten?	<input type="text"/>
2. Is er sprake van een statische afwijking?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, graag omschrijven <input type="text"/>
3. Is er sprake van een antalgische houding?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
4. Is hakken/tenengang normaal?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
5. Is er sprake van een beenlengteverschil?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, hoeveel cm? <input type="text"/>
6. Bewegingsuitslagen	Flexie finger-floortip <input type="text"/> cm Extensie <input type="text"/> graden Lateroflexie Links <input type="text"/> graden Rechts <input type="text"/> graden Rotatie Links <input type="text"/> graden Rechts <input type="text"/> graden
7. Neurologische tekens	Lasegue <input type="radio"/> positief <input type="radio"/> negatief Bragard <input type="radio"/> positief <input type="radio"/> negatief
8. Reflexen	Achillespees Links <input type="text"/> graden Rechts <input type="text"/> graden Kniepees Links <input type="text"/> graden Rechts <input type="text"/> graden
9. Zijn er nog andere specifieke zaken opgevallen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee Zo ja, welke? <input type="text"/>
10. Extra schrijfruimte	<input type="text"/>