



Podotherapie in Beweging

Annette Bentink

Intakeformulier • Directe Toegankelijkheid Podotherapie

Datum : _____ - _____ - 20_____

Gegevens Cliënt

Achternaam : _____

Voorletters : _____ M V

Adres : _____

Postcode : _____

Plaats : _____

Geboortedatum : _____ - _____ - _____

BSN nummer : _____

Telefoonnummer : _____

Gegevens Huisarts

Achternaam : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Plaats : _____

Telefoonnummer : _____

Wat is de reden van het contact

Beantwoord de vragen op de volgende pagina.

Gegevens Cliënt

Zijn er rode vlaggen aanwezig? ja nee Zo ja, welke : _____

Verder onderzoek is geïndiceerd, cliënt wordt in behandeling genomen

Verder onderzoek is geïndiceerd, cliënt wordt doorgestuurd naar collega;

Dhr. / Mevr. _____

Plaats : _____

Verder onderzoek is niet geïndiceerd, cliënt wordt niet doorverwezen

Verder onderzoek is niet geïndiceerd, cliënt wordt geadviseerd contact op te nemen met de huisarts

Naam podotherapeut : _____

Datum : _____ - _____ - 20_____

Handtekening podotherapeut : _____

Vraag**Ja Nee****Toelichting** (indien met 'ja' beantwoord.)

Is uw algemene gezondheid de laatste tijd afgenomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bent u momenteel ziek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, wat is de aard van de ziekte?			_____
Bent u in het verleden ernstig ziek geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, welke ziekte heeft u gehad?			_____
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, welke?			_____
Waarvoor?			_____
Bent u onder behandeling van een specialist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, waarvoor:			_____
Heeft u momenteel veel stress of bevindt u zich in emotioneel heftige omstandigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, waardoor?			_____
Bent u onder behandeling van een psycholoog of psychiater?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, bij wie?			_____
Heeft u:			
- momenteel onverklaarbare koorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de laatste tijd onverwacht gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, hoeveel?			_____
- alcohol of drugs problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, welke?			_____
- langdurig gebruik gemaakt van corticosteroïden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, hoe lang?			_____
- botbreuken gehad in het verleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, hoe vaak?			_____
- problemen met slapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, waardoor?			_____
- nachtelijke pijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, geef een korte omschrijving.			_____
- uitval van gevoel in uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- plotseling krachtsverlies in uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- rare tintelingen in uw lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, waar?			_____
- de laatste tijd last van spraakproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de laatste tijd last van verwardheid of geheugenverlies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- soms last van spontaan verlies van urine of ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- pijn op de borst bij fysieke inspanning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft uw arts ooit gezegd dat u hartproblemen heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verliest u regelmatig uw evenwicht?			
Is uw klacht waarvoor u nu komt het gevolg van een recent trauma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, geef een korte omschrijving.			_____
Nemen uw klachten door rust of houdingsverandering af of veranderen uw klachten daardoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bent u de laatste tijd de controle over uw ledematen verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bent u onder controle van de trombosedienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u recentelijk gevlogen of gedoken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien ja, wat?			_____

Gaat u er mee akkoord dat bovenstaande informatie naar uw arts wordt gestuurd? ja nee

Bovenstaande informatie is naar waarheid ingevuld d.d.: _____ - _____ - 20_____

Naam cliënt: _____ Handtekening cliënt: _____