



Praktijk voor
Fysiotherapie & Manuele Therapie

P.J.P. van Erp P.O.M. Kuijpers J.H.F. van Stipdonk

Stationsplein 9
5751 JN Deurne
Telefoon 0493-317373
Fax 0493-318652
e-mail fysiotherapie@planet.nl
site www.fysiotherapie.deurne.nl

Hoofdstraat 32 a
5757 AN Liessel T. 0493-342444
Kloostertuin 12
5424 TW Elsendorp T.0492-352070
St. Jozefstraat 30
5753 AV Deurne T. 06-44114622

INTAKEFORMULIER FYSIOTHERAPIE EN MANUELE THERAPIE

Om U optimaal te kunnen begeleiden en behandelen vragen we u onderstaande vragen te beantwoorden. Gelieve deze lijst volledig ingevuld mee te nemen bij uw eerste afspraak.

Persoonsgegevens

(Meisjes)Achternaam: _____

Voorletters: _____ Roepnaam: _____

(Indien van toepassing) achternaam echtgenoot:

Geb. datum: _____ - _____ - _____ BSN _____

Adres: _____ huisnummer _____

Postcode : _____ Woonplaats: _____

Telefoon thuis: _____ werk: _____ mobiel: _____

e-mail: _____

mijn mailadres mag gebruikt worden voor vragenlijsten m.b.t. fysiotherapeutische zorg
Ja/Nee*

Naam huisarts: _____

Naam ziektekostenverzekeraar: _____

Inschrijf/relatienummer: _____ Aanvullende verzekering:
Ja/Nee*

Naam aanvullend pakket: _____ Bedrag vergoed in de aanvullende verzekering:
€ _____

U DIENT VERANDERINGEN IN UW VERZEKERING DIRECT AAN ONS DOOR TE GEVEN !

Heeft U dit jaar al fysiotherapie/manuele therapie/oefentherapie Cesar /Mensendieck
/osteopathie en/of chiropractie gehad ?
Ja/Nee*

In te vullen door behandelaar/administratie:

Identificatie via: paspoort identiteitsbewijs rijbewijs
vreemdelingendocument

Nummer identiteitsbewijs: _____

Ga verder op de andere zijde

Onderstaande vragen zijn van belang om een goed beeld van uw klacht en gezondheidstoestand te krijgen:

1. Voor welke klacht/reden bent U naar de fysiotherapeut verwezen en/of wilt U deze raadplegen?:

2. Door welke arts bent U verwezen en heeft U een vervolgspraak?

naam arts: _____ datum vervolgspraak: _____

3. Bent U voor deze klacht geopereerd?

JA/NEE* Operatiedatum: ___ - ___ - ___ Opgenomen van ___ - ___ - ___ tot: ___ - ___ - ___

4. Is uw klacht een gevolg van een ongeval of ander letsel?

JA/NEE*

Zo ja, nadere omschrijving _____

5. Heeft U voor uw klacht medicijnen gekregen?

JA/NEE*

Zo ja, welke?: _____

6. Heeft U in het verleden een ernstig ongeval/ziekte gehad?:

JA/NEE*

Zo ja, nadere omschrijving _____

7. Bent U ook nog voor andere klachten/aandoeningen onder behandeling?:

JA/NEE*

Zo ja, waarvoor?: _____

Bij wie?: _____

8. Gebruikt U nog andere medicijnen?

JA/NEE*

Zo ja, waarvoor?: _____

9. Bent U voor de huidige klacht in het verleden al eens eerder door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, osteopaat of chiropractor behandeld?

JA/NEE*

10. Beoefent U momenteel een sport?

JA/NEE*

Zo ja, welke?: _____

11. Zijn een of meer van de volgende verschijnselen op U van toepassing:

- Heeft U constante pijn die niet afneemt in rust of door verandering van houding?

JA/NEE*

- heeft U koorts?

JA/NEE*

- heeft U de laatste tijd veel gewicht verloren?

JA/NEE*

- heeft U nachtelijke pijn?

JA/NEE*

- voelt U zich in het algemeen onwel?

JA/NEE*

- heeft U een bot of gewrichtsprobleem?
JA/NEE*
- verliest U wel eens uw evenwicht als gevolg van duizeligheid of verliest U wel eens het bewustzijn?
JA/NEE*
- is er kanker in de voorgeschiedenis?
JA/NEE*
- heeft U last van hoge bloeddruk?
JA/NEE*
- heeft U wel eens pijn op de borst bij inspanning?
JA/NEE*
- heeft U longklachten?
JA/NEE*
- heeft U diabetes (suikerziekte)? JA/NEE*
- heeft U hart- en/of bloedvat problemen?
JA/NEE*
- bent U zwanger? JA/NEE*
zo ja, hoeveel weken: _____

*doorhalen wat niet van toepassing is

Ondergetekende heeft alle vragen naar waarheid ingevuld en heeft tevens ontvangen:

- een exemplaar van de praktijkfolder
- een exemplaar van de DTFFolder

En is op de hoogte gesteld van:

- de huisregels
- privacyregels
- de klachtenprocedure

De patiënt geeft aan akkoord te gaan met een fysiotherapeutisch onderzoek en behandeling.

De patiënt geeft aan akkoord te gaan met overleg met verwijzers en andere betrokken disciplines/zorgverleners.

Deurne, datum: ___ - ___ 201___ Handtekening: _____



Praktijk voor
Fysiotherapie & Manuele Therapie

P.J.P. van Erp P.O.M. Kuijpers J.H.F. van Stipdonk

NAAM: _____
GEB.DAT.: _____
PATIËNTNUMMER: _____

PATIËNT SPECIFIEKE KLACHTEN

datum:.....-.....-201....

Patiënten toelichting

Uw pijnklachten hebben invloed op activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet. De meeste hinder ervaart u van activiteiten die moeilijk te vermijden zijn. Voor iedereen zijn de gevolgen van pijn verschillend. Ieder persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Op de volgende pagina staan een aantal activiteiten die u mogelijk veel moeite kosten om uit te voeren vanwege uw pijn.

Probeer de problemen te herkennen waar u de afgelopen week door uw pijn last van had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteiten in de onderstaande activiteitenlijst. We vragen u die problemen aan te kruisen die u heel belangrijk vindt en die u het liefst zou zien veranderen in de komende maanden. U mag ook zelf activiteiten benoemen die u belangrijk vindt maar niet in de lijst voorkomen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> in bed liggen | <input type="checkbox"/> in huis lopen |
| <input type="checkbox"/> omdraaien in bed | <input type="checkbox"/> wandelen |
| <input type="checkbox"/> opstaan uit bed | <input type="checkbox"/> hard lopen |
| <input type="checkbox"/> opstaan uit een stoel | <input type="checkbox"/> traplopen |
| <input type="checkbox"/> gaan zitten op een stoel | <input type="checkbox"/> dragen van een voorwerp |
| <input type="checkbox"/> lang achtereen zitten | <input type="checkbox"/> iets oprapen van de grond |
| <input type="checkbox"/> in/uit de auto stappen | <input type="checkbox"/> tillen |
| <input type="checkbox"/> rijden in auto of bus | <input type="checkbox"/> uitgaan |
| <input type="checkbox"/> fietsen | <input type="checkbox"/> seksuele activiteiten |
| <input type="checkbox"/> staan | <input type="checkbox"/> uitvoeren werk |
| <input type="checkbox"/> lang achtereen staan | <input type="checkbox"/> uitvoeren hobby's |
| <input type="checkbox"/> lang achtereen gebukt staan | <input type="checkbox"/> uitvoeren huishoudelijk werk, |
| <input type="checkbox"/> lang voorovergebogen staan | <input type="checkbox"/> bukken met gedraaide rug |
| <input type="checkbox"/> b.v.. aan een aanrecht | <input type="checkbox"/> sporten,nl..... |
| <input type="checkbox"/> licht werk in en om het huis | <input type="checkbox"/> op reis gaan |
| <input type="checkbox"/> nl..... | <input type="checkbox"/> andere nl..... |
| <input type="checkbox"/> zwaar werk in en om het huis | |
| <input type="checkbox"/> nl..... | |

Selectie van de drie belangrijkste klachten (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend).
Rangschik deze naar mate van belangrijkheid:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Voorbeeld hoe in te vullen

Probleem: Wandelen (30 minuten)
 Hoe moeilijk was het de afgelopen week om deze activiteiten uit te voeren ?

Plaatst u het streepje links dan kost het wandelen u weinig moeite

_____ | _____

geen enkele moeite onmogelijk

plaatst u het streepje rechts dan kost wandelen meer moeite

_____ | _____

Geen enkele moeite onmogelijk

Datum:.....-.....- 20.....

Probleem 1.....

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren ?

Geen enkele moeite onmogelijk

Probleem 2.....

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren ?

Geen enkele moeite onmogelijk

Probleem 3.....

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren ?

Geen enkele moeite onmogelijk