

Intakeformulier

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

Achternaam (geslachtsnaam) _____

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 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:

Omschrijving	Ja	nee
Heeft u constante pijn die niet afneemt in rust of door verandering van houding?		
Heeft u koorts?		
Heeft u de laatste tijd veel gewicht verloren?		
Heeft u nachtelijke pijn?		
Voelt u zich in het algemeen onwel?		
Heeft u bot- of gewrichtsproblemen?		
Verliest u wel eens uw evenwicht als gevolg van duizeligheid of verliest u wel eens het bewustzijn?		
Komt kanker voor in uw voorgeschiedenis ?		
Heeft u hoge bloeddruk?		
Heeft u wel eens last van pijn op de borst bij inspanning?		
Heeft u longklachten?		
Heeft u diabetes mellitus (suikerziekte)?		
Heeft u hart- en/of bloedvatproblemen?		
Bent u zwanger?		
Zo ja: geef dan het aantal weken aan	weken	

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

- een exemplaar van de praktijkfolder
- een exemplaar van de DTF folder (indien van toepassing)

En is op de hoogte gesteld van:

- de huisregels
- privacy regels
- 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: _____