****

# 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?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Door welke arts bent U verwezen en heeft U een vervolgafspraak?

naam arts:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum vervolgafspraak:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Bent U voor deze klacht geopereerd? JA/NEE\* 0peratiedatum:\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ 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, alsmede specialistische behandeling (indien van toepassing)

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

Deurne, datum: \_\_\_-\_\_\_\_201\_\_\_ Handtekening:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_