

Formulier Directe Toegang Podotherapie (DTP)

Wilt U dit formulier ingevuld en ondertekend meebrengen bij uw eerste bezoek aan de podotherapeut.

Medisch Centrum Campanula
Floralaan 26
5721 CV Asten
e: prenders@xs4all.nl
i: www.podotherapie-asten.nl
T: 0493 697522



Datum	
--------------	--

Patiëntgegevens	
Naam	
Adres	
Postcode/ Plaats	
Huisarts	

Geb. Datum	
BSN	
Tel. Nr.	

Vragenlijst Directe Toegang Podotherapie:	Ja	Nee
Heeft U Diabetes Mellitus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft U Reumatoïde Arthritis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u rare tintelingen in uw lichaam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is uw klacht ontstaan na een recent trauma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is uw algemene gezondheid de laatste tijd afgenomen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u botbreuken gehad in het verleden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helpt rust of veranderen van houding tegen de pijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u onder behandeling van een specialist?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u onder controle van de trombosedienst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u recentelijk gevlogen of gedoken waarbij de problemen zijn ontstaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft uw arts ooit gezegd dat u hartproblemen heeft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u pijn op de borst bij fysieke inspanning?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent U in het verleden ernstig ziek geweest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gebruikt u medicijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u langdurig gebruik gemaakt van ontstekingsremmers? (tablet of injectie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voelt u zich momenteel ziek of heeft u onverklaarbare koorts?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u de laatste tijd gewicht verloren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u wel eens problemen met slapen of nachtelijke pijnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u uitval van gevoel of spierkracht in uw lichaam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verliest u regelmatig uw evenwicht of controle over uw ledematen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u de laatste tijd last van spraakproblemen, verwardheid of geheugenverlies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verliest u soms de controle over uw blaas of ontlasting?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u problemen met alcohol of drugs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u momenteel veel stress of bevindt u zich in emotioneel heftige omstandigheden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u onder behandeling van een psycholoog of psychiater?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft U in het verleden (steun)zolen gedragen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent U wel eens geopereerd aan de gewrichten (voet, enkel, knie, heup, rug)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft U lage rugklachten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wat is de reden van uw contact met de podotherapeut?

U verklaart hierbij dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.	Handtekening: