

Intakeformulier/screening

Om tijdens uw eerste afspraak geen kostbare tijd te verliezen, dit formulier om een algemeen beeld van uw klachten en herstelmogelijkheden te krijgen. Graag dit invullen en retourneren/meenemen bij uw eerste afspraak. Voor e-mailen geldt: de mail gaat NIET over een beveiligde verbinding. Tijdens de eerste afspraak zullen er verdiepingsvragen volgen over uw klacht.

Voor- + achternaam:	Voorletters:	Man/vrouw
Adres + postcode + plaats:		
Telefoonnummer:		
E-mail:		
Geboortedatum:	BSN:	
Huisarts:	Datum van invullen:	

Algemene vragen om inzicht te krijgen in uw dagelijks leven:

Wat voor werk doet u? /Wat is uw beroep geweest? (hoeveel dagen/uren per week?)

Doet u aan sport/lichaamsbeweging? Zo ja, wat? (hoe vaak per week?)

Wat zijn uw hobby's? (komt u hier momenteel nog aan toen?)

Hoe is uw gezinssamenstelling? (alleen, samenwonend, getrouwd, gescheiden, weduwe/weduwnaar, kinderen)

Ben u links- of rechtshandig?

Rookt u? Zo ja, hoeveel per dag?

Drinkt u alcohol? Zo ja, hoeveel glazen per week?

Gebruikt u drugs? Zo ja, welke?

Heeft u allergieën? Zo ja, welke?

Heeft u gezondheidsproblemen? (naast de klacht waar u voor komt)

Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke?

Bent u wel eens geopereerd? Zo ja, wanneer en waaraan?

Bent u onder behandeling (geweest) van een arts/specialist? Zo ja, waarvoor?

Bent u onder behandeling (geweest) bij een andere fysiotherapeut? Zo ja, waarvoor?

Bent u onder behandeling (geweest) bij een andere therapeut? Zo ja, welke en waarvoor?

Voelt u zich nu gezond? Zo nee, waarom niet?

Behandelovereenkomst

Screening:

Heeft u kort geleden een trauma gehad? (ongeluk/val)	Ja / Nee
Hebt u al langer (onverklaarbare) koorts?	Ja / Nee
Bent u de laatste maand meer dan 5 kg afgevallen zonder daar iets aan te doen? (lijnen, meer sporten)	Ja / Nee
Gebruikt u al langere tijd corticosteroiden?	Ja / Nee
Hebt u constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van houding?	Ja / Nee
Hebt u kanker (gehad)?	Ja / Nee
Hebt u een gevoel van algemene malaise (moe, ziek)?	Ja / Nee
Hebt u 's nachts pijn?	Ja / Nee
Hebt u prikkelingen of tintelingen, verminderd gevoel of krachtsverlies?	Ja / Nee
Heeft u plasproblemen?	Ja / Nee
Heeft u ontlastingsproblemen?	Ja / Nee

Wat is de reden van het contact?

VAS-schaal: Hoeveel pijn/last heeft u op een schaal van 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Geen pijn/last

ondragelijke pijn/last

Patiënt Specifieke Klachten (PSK)

Voor het inventariseren van de ernst van de belangrijkste klachten is het meetinstrument Patiënt Specifieke Klachten. Benoem de moeilijkste, belangrijkste en meest frequent uitgevoerde **activiteiten** of **bewegingen** waar u moeite mee heeft in verband met uw klachten. Het zijn activiteiten/ bewegingen die u belangrijk vindt en die niet te vermijden zijn. Probeer de gekozen activiteiten zo gedefinieerd mogelijk omschrijven. Probeer zo veel mogelijk te kwantificeren in termen van tijdsduur, afstand, herhalingen, enzovoort. Begin met de belangrijkste/moeilijkste activiteit/ beweging.

activiteiten of bewegingen

tijdsduur, afstand, herhalingen, enzovoort

1		
2		
3		
4		
5		

Kruis aan waar u klachten/ongemak heeft:

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> voet | <input type="radio"/> enkel | <input type="radio"/> onderbeen | <input type="radio"/> knie | <input type="radio"/> bovenbeen | <input type="radio"/> heup |
| <input type="radio"/> hand | <input type="radio"/> pols | <input type="radio"/> onderarm | <input type="radio"/> elleboog | <input type="radio"/> bovenarm | <input type="radio"/> schouder |
| <input type="radio"/> onderrug | <input type="radio"/> bovenrug | <input type="radio"/> nek | <input type="radio"/> hoofd | <input type="radio"/> kaken | |

Wat zijn uw verwachtingen van de therapie? Wat wilt u graag bereiken?

Geeft u toestemming voor overleg met (huis)arts en/of voor het opvragen van gegevens bij (huis)arts en/of sturen van DTF-bericht?	Ja / Nee
---	----------

Datum:

Plaats:

Handtekening: