

Screeningsformulier DTP

(Doorhalen wat niet van toepassing is.)

Achternaam _____ **Man / Vrouw**

Voorletters _____.

Geboortedatum _____.

Adres _____.

Woonplaats _____.

Telefoonnummer _____.

Algemene vragen:

1. Heeft u kort geleden een ongeval en/ of iets gebroken gehad ? ja/nee
2. Kunt u maar maximaal 3 stappen lopen? ja/nee
3. Heeft u (onverklaarbare) koorts ? ja/nee
4. Bent u in korte tijd veel afgevallen (meer dan 5 kilo in een maand)? ja/nee
5. Gebruikt u langdurig corticosteroïden (ontstekingsremmers)? ja/nee
6. Ervaart u pijn die niet afneemt in rust of verandering in positie? ja/nee
7. Heeft u pijn die 's nachts aanwezig blijft of zelfs erger wordt? ja/nee
8. Bent u onder behandeling van een oncoloog (geweest)? ja/nee
9. Heeft u het gevoel van algehele malaise (onwel bevinden)? ja/nee
10. Heeft u last van verlammingen of andere neurologische aandoeningen? ja/nee

Aanvullende vragen, indien sprake van lage rugklachten :

1. Bent u bekend met een (vorm)afwijking in uw rug? ja/nee
2. Krijgt u medicatie via een infuus? ja/nee
3. Heeft u last van incontinentie / geen drang om naar de wc te gaan? ja/nee
4. Heeft u last van verlamming(en) in de benen? ja/nee

Extra aanvullende vragen, indien sprake van een (zool)controle:

1. Komt u voor nieuwe podotherapeutische zolen? ja/nee
2. Heeft u ooit iets gebroken gehad? ja/nee
3. Heeft u ooit iets laten opereren aan voet, enkel, knie of heup? ja/nee
4. Heeft u diabetes? ja/nee
5. Heeft u reuma? ja/nee
6. Gebruikt u medicatie voor uw botten, gewrichten, hart of bloedvaten? ja/nee

Omschrijf in het kort uw klachten:

Wat zijn uw verwachtingen?

Conclusie / samenvatting: (in te vullen door uw podotherapeut)

Podotherapeutisch onderzoek en behandeling is geïndiceerd? ja/nee
Zijn er 1 of meer rode vlaggen, een niet-pluis gevoel, klachten/symptomen die niet tot de podotherapeutische competenties behoren aanwezig? ja/nee

Akkoord: (in te vullen na het onderzoek)

Patiënt is geïnformeerd en akkoord met de conclusies ja/nee
Patiënt is akkoord met communicatie door behandelend podotherapeut met de eigen huisarts / specialist / verwijzer. ja/nee
Patiënt is akkoord met betalingsvoorwaarden. ja/nee

Datum en plaats:

Handtekening en naam patiënt:

--	--

Indien sprake van jonger dan 16 jaar, handtekening en naam ouder / voogd:

--	--

Handtekening en naam podotherapeut:

--	--