

Intakeformulier fysiotherapie



*Dit formulier graag uitprinten en zo volledig mogelijk invullen.
Onderaan ondertekenen en meenemen bij het eerste bezoek aan de praktijk.*

Aanmelding :

- ik heb een verwijsbrief van huisarts of specialist
- ik kom op eigen initiatief
- ik heb een advies gekregen van huisarts of specialist, maar geen verwijzing
- ik heb een advies van _____ gekregen om een afspraak te maken

Algemeen

Achternaam : _____ Partnernaam (optioneel) _____

Roepnaam: _____ Voorletters: _____

Geslacht: Man Vrouw Geboortedatum: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Straat: _____ Huisnummer: _____

Tel. privé: _____ Mobiel: _____

E---mail: _____

Burger Service Nummer (BSN =sofinummer): _____

Paspoort nummer _____ of rijbewijsnummer: _____

of ID---kaart: _____

Verzekeringsmaatschappij: _____ Polisnummer: _____

Mijn huisarts: _____ Woonplaats: _____

Mijn beroep is: _____

Ik werk gemiddeld _____ uur per week.

Ik sport/beweeg gemiddeld _____ uur per week

Hulpvraag:

De klacht (en) waarvoor ik behandeld wil worden is (zijn):

Ik heb er last van sinds _____

Het is ontstaan door: _____

Ik heb hier wel/niet vaker last van gehad:

Ik ben hier al eerder voor behandeld door

Ik verwacht van de therapie

Medisch:

Ik heb de volgende aandoeningen gehad:

Operatie(s) (met jaartal):

Heb je littekens? (hele oude littekens tellen ook mee) ja nee

Er is een röntgenfoto/echo/MRI-scan/CT-scan gemaakt van:

Ik ben momenteel wel/niet onder behandeling van een specialist: naam en specialisatie:

Ik gebruik wel/geen medicijnen: (naam en waarvoor ze dienen):

Pijn en beperkingen

Heb je pijnklachten? ja nee Heb je stijfheidsklachten? ja nee

Zo ja, kun je dan het cijfer omcirkelen dat het beste aangeeft hoe je de pijn de afgelopen week hebt ervaren?

Geen pijn **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Ondraaglijke pijn

Soort pijn : stekend / brandend/ zeurend / schietend / stijf / uitstralend, anders nl.

Ik heb pijn: O continu O 's ochtends O anders nl. _____
O tijdens/na inspanning O overdag O in rust O 's nachts

Geen stijfheid **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Maximale stijfheid

Door mijn klachten heb ik moeite met de volgende 3 activiteiten/bewegingen: (omcirkel het cijfer dat het beste aangeeft hoe moeilijk je deze activiteit/beweging vindt om te doen)

Activiteit 1: _____

Geen moeite **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Onmogelijk

Activiteit 2: _____

Geen moeite **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Onmogelijk

Activiteit 3: _____

Geen moeite **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** Onmogelijk

Als ik geen klachten meer heb, dan zou ik de volgende activiteit(en) weer gaan doen:

Spanning

Ervaar je spanningsklachten? O ja O nee

Zo ja: Ervaar je relatie van je spanningsklachten met je lichamelijke klachten O ja O nee

Toestemming:

O Ik ga akkoord met het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek door de fysiotherapeut

O Ik ga akkoord met het uitwisselen van relevante medische gegevens met mijn huisarts of specialist na verwijzing

O Ik ga akkoord met het verzenden van het screenings-rapport en verslag van de behandeling aan mijn huisarts als ik zonder verwijzing ben gekomen

Plaats: _____ datum: _____

Handtekening:
