



Screenings formulier DTP

Achternaam _____ Man/Vrouw

Voorletters _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Algemeen

1. Heeft u kort geleden een ongeval of iets gebroken gehad? ja nee
2. Heeft u koorts? ja nee
3. Bent u in korte tijd veel afgevallen (meer dan 5 kilo in een maand)? ja nee
4. Gebruikt u langdurig corticosteroiden (ontstekingsremmers)? ja nee
5. Ervaart u pijn die niet afneemt in rust of bij het anders gaan zitten, liggen of staan? ja nee
6. Heeft u pijn die 's nachts aanwezig blijft of zelfs erger wordt? ja nee
7. Bent u onder behandeling bij een oncoloog (geweest)? ja nee
8. Heeft u het gevoel van algehele malaise? ja nee
9. Heeft u last van verlammingen of andere neurologische aandoeningen? ja nee

Toevoeging met betrekking tot regio lage rug

1. Is er sprake van veranderingen in de vorm van uw gewrichten of botten, die u uiterlijk kunt zien? ja nee
2. Krijgt u medicijnen toegediend via 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



Toevoegingen bij controle

- | | | |
|--|------|-------|
| Komt u voor nieuwe podotherapeutische zolen? | O ja | O nee |
| Heeft u ooit iets gebroken of operaties gehad voet, enkel of knie? | O ja | O nee |
| Heeft u diabetes? | O ja | O nee |
| Heeft u reuma? | O ja | O nee |
| Gebruikt u medicijnen voor botten, gewrichten of bloed? | O ja | O nee |

Omschrijf in het kort uw klachten:

Wat zijn uw verwachtingen?

Conclusie/samenvatting:

- Podotherapeutisch onderzoek en behandeling is geïndiceerd
 - Podotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd vanwege:
 - 1 of meer rode vlaggen
 - niet-pluis gevoel vanwege
 - klachten en/of symptomen behoren niet tot de podotherapeutische competenties
- Patiënt is geadviseerd contact op te nemen met de huisarts

Patiënt is geïnformeerd en akkoord met de conclusies ja nee

Patiënt is akkoord met communicatie door de behandelend podotherapeut met de eigen huisarts ja nee

Patiënt is akkoord met de behandeling, betaling- en betalingsvoorwaarden ja nee

Datum en plaats:

Handtekening en naam patiënt

Handtekening en naam podotherapeut

Dhr. W. Verbeek

Dhr. R. Kouwe

Mw. M. Windmulder

In geval van < 16 jaar:

Handtekening en naam ouder/voogd