

Inschrijfformulier

Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie

Gegevens patiënt

Naam: _____ Voorletters: _____
 Adres: _____ Geboorte datum: _____
 Postcode: _____ Telefoonnummer: _____
 Plaats: _____ Geslacht: M / V
 Verzekeringnaam: _____ Verzekeringsnummer: _____
 Verzekeringscode: _____ BSNnummer: _____

Gegevens huisarts

Naam: _____
 Adres: _____
 Postcode: _____ Plaats: _____

Wat is de reden van contact met fysiotherapeut: (omschrijf kort uw klacht)

<u>Vraag</u>	<u>Ja</u>	<u>Nee</u>	<u>Eventuele toelichting bij ja antwoord.</u>
Gebruikt U medicijnen			Welke: Waarvoor:
Bent U onder behandeling van een specialist			Waarvoor:
Is Uw algemene gezondheid de laatste tijd afgenomen			
Bent U momenteel ziek			Wat:
Heeft U momenteel onverklaarbare koorts			
Heeft U de laatste tijd onverwacht gewicht verloren			Hoeveel:
Heeft U alcohol of drugs problemen			Welke:
Heeft U langdurig gebruik gemaakt van corticosteroiden			Hoe lang:
Heeft U botbreuken gehad in het verleden			Hoe vaak:
Bent U in het verleden ernstig ziek geweest			Welke ziekte:
Heeft U problemen met slapen			Waardoor:
Heeft U nachtelijke pijnen			Omschrijving:
Heeft U uitval van gevoel in Uw lichaam			
Heeft U plotseling krachtsverlies in Uw lichaam			
Heeft U rare tintelingen in Uw lichaam			Waar:
Verliest U regelmatig Uw evenwicht			
Is uw klacht het gevolg van een recent trauma			Omschrijving:

(zie om zijde)

Indien Uw klachten door rust of houdingsverandering NIET afnemen of veranderen; vul ja in.			
Heeft U de laatste tijd last van spraakproblemen			
Heeft U de laatste tijd last van verwardheid of geheugenverlies			
Verliest U soms de controle over Uw blaas of ontlasting			
Bent U de laatste tijd controle over uw ledematen verloren			
Bent U onder controle van de trombosedienst			
Heeft U recentelijk gevlogen of gedoken			Wat:
Heeft Uw arts ooit gezegd dat U hartproblemen heeft			
Heeft U pijn op de borst bij fysieke inspanning			
Heeft U momenteel veel stress of bevindt U zich in emotioneel heftige omstandigheden			Waarvoor:
Bent U onder behandeling van een psycholoog of psychiater			Wie:

Gaat U ermee akkoord dat ik bovenstaande informatie naar Uw arts doorstuur: Ja / Nee

Nee, omdat _____

Algemene bepalingen:

- U dient zelf rekening mee te houden hoe u verzekerd bent en het aantal behandelingen.
- U dient op tijd te komen voor een afgesproken behandeling.
- U dient 24uur van te voren telefonisch of via email te hebben afgemeld bij verhindering. Anders wordt de behandeling volledig in rekening gebracht
- U dient een handdoek mee te nemen tijdens de behandeling

Heeft U bovenstaande informatie naar waarheid ingevuld? Ja / Nee

Heeft U bovenstaande informatie gelezen en gaat U akkoord? Ja / Nee

Datum: _____

Handtekening patiënt

Onderstaande alleen door fysiotherapeut in te vullen

Zijn er rode vlaggen aanwezig: Ja/Nee Welke _____

<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, patiënt wordt in behandeling genomen
<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, patiënt wordt doorgestuurd naar collega; Dhr/Mw. _____ te _____
<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, patiënt wordt niet doorverwezen naar anderen
<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, patiënt wordt geadviseerd contact op te nemen met huisarts

Naam Fysiotherapeut: _____

Datum: _____

Handtekening: _____