



Inschrijfformulier Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie

Gegevens patiënt

Naam: _____ Voorletters: _____
 Voornaam: _____ BSNnummer: _____
 Adres: _____ Geboortedatum: _____
 Postcode: _____ Geslacht: _____ M / V
 Plaats: _____ Telefoonnummer: vast _____
 e-mail: _____ mobiel _____
 Verzekeringsnaam: _____ Verzekeringsnummer: _____

Gegevens huisarts

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

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

Wat is uw hulpvraag:

| <u>Vraag</u> | <u>Ja</u> | <u>Nee</u> | <u>Eventuele toelichting bij antwoord "ja"</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 corticosteroïden? | | | 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? | | | Waarvoor: |
| 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)

| Vraag | Ja | Nee | Eventuele toelichting bij antwoord "ja" |
|--|-----------|------------|--|
| 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? | | | Waardoor: |
| Bent u onder behandeling van een psycholoog/psychiater? | | | Wie: |

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

Nee, omdat _____

Algemene bepalingen:

U dient:

- zelf rekening te houden met hoe u verzekerd bent en het aantal behandelingen die worden vergoed.
- op tijd te komen voor een afgesproken behandeling.
- 24 uur van te voren telefonisch of via email te hebben afgemeld bij verhindering. Anders wordt de behandeling volledig in rekening gebracht.
- 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: _____