

Screeningsformulier Directe Toegankelijkheid Podotherapie

Naam: _____ Voorletters: _____
Geboortedatum: _____ M/V _____
Adres: _____ Postcode: _____
Woonplaats: _____ Telefoon: _____
E-mail: _____ BSN: _____
Huisarts: _____

Vragenlijst

- Heeft u recent een ongeval, val of botbreuk gehad? Ja Nee
- Voelt u zich de laatste tijd ziek (bv. misselijk, braken, diarree, vermoeidheid)? Ja Nee
- Is er sprake van een langer bestaande koorts (onverklaarbaar)? Ja Nee
- Bent u de laatste tijd veel afgevallen (onverklaarbaar, meer dan 5kg/maand)? Ja Nee
- Heeft u in het verleden kanker gehad of heeft u kanker? Ja Nee
- Bent u onder behandeling met corticosteroïden? Ja Nee
- Heeft u last van een constante pijn die niet afneemt in rust? Ja Nee
- Heeft u pijn gedurende de nacht? Ja Nee
- Heeft u last van uitvalverschijnselen in de benen? Ja Nee
- Heeft u last van tintelingen, doofheid of krachtverlies in beide benen? Ja Nee
- Heeft u momenteel één of meer wonden op voet en/of onderbeen? Ja Nee
- Heeft u momenteel last van een ontsteking of infectie van een gewricht? Ja Nee
- Zijn er tekenen van ontsteking (warmte, zwelling en roodheid)? Ja Nee
- Bent u bekend met vaatproblemen in de benen? Ja Nee

Korte omschrijving van de klacht

Heeft u één van de vragen met **JA** beantwoord en is dit nog niet bekend bij uw huisarts?
Dan vragen wij u eerst contact op te nemen met uw huisarts voor een verwijzing naar de podotherapeut.

Heeft u alle vragen met **NEE** beantwoord, of is bovenstaande een bekend probleem bij de huisarts? Dan vragen wij u dit formulier ingevuld mee te nemen naar uw afspraak.

Gaat u akkoord dat de podotherapeut communiceert over uw klacht met uw huisarts?

Naam*: _____ Handtekening: _____
Datum: _____

*In geval van <16 jaar naam ouder/voogd.