

**INSCHRIJFFORMULIER DIRECTE
TOEGANGELIJKHEID PODOTHERAPIE**



PODOTHERAPIE
NIVEAU

EEN STAP IN DE GOEDE RICHTING

Gegevens patiënt:

Naam:
Geboortedatum:
BSN nummer:
Adres:
Postcode + Woonplaats :
E-mail:
Tel nr:
Naam van uw huisarts:
Plaats van huisarts:

Correspondentieadres:
Pastorijstraat 55
6361 AH Nuth
T 045 - 850 30 23

info@podotherapieniveau.nl
www.podotherapieniveau.nl

BTW nr. NL159491095B01
KvK 14117900

Wat is de reden van contact met de podotherapeut?

.....
.....

Algemene vragen:

- | | |
|---|--------|
| 1. Gebruikt u medicijnen?
Zo ja, welke en waarvoor? | Ja/Nee |
| 2. Bent u onder behandeling van een specialist?
Zo ja, waarvoor? | Ja/Nee |
| 3. Is uw algemene gezondheid de laatste tijd afgenomen? | Ja/Nee |
| 4. Bent u momenteel ziek? | Ja/Nee |
| 5. Heeft u kort geleden een ongeluk gehad? | Ja/Nee |
| 6. Heeft u al langer (onverklaarbare) koorts? | Ja/Nee |
| 7. Heeft u de laatste tijd onverklaarbaar gewichtsverlies?
Zo ja, hoeveel? | Ja/Nee |
| 8. Heeft u langere tijd gebruik gemaakt van ontstekingsremmers (corticosteroiden)?
Zo ja, hoelang? | Ja/Nee |
| 9. Heeft u constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van positie? | Ja/Nee |
| 10. Voelt u zich in het algemeen onwel? | Ja/Nee |
| 11. Heeft u nachtelijke pijnen? | Ja/Nee |
| 12. Heeft u rare tintelingen? Zo ja, waar? | Ja/Nee |
| 13. Heeft u uitgebreide uitvalsverschijnselen of een verdoofd gevoel?
Zo ja, waar? | Ja/Nee |
| 14. Verliest u regelmatig uw evenwicht? | Ja/Nee |
| 15. Bent u in het verleden ernstig ziek geweest?
Graag toelichting | Ja/Nee |
| 16. Kunt u één van uw ledematen helemaal niet belasten?
Zo ja, welke? | Ja/Nee |
| 17. Bent u onder controle van de trombosedienst? | Ja/Nee |
| 18. Heeft u veel krampen in de benen? | Ja/Nee |
| 19. Moet u stilstaan (pauzeren) tijdens het wandelen? | Ja/Nee |
| 20. Heeft u last van roodheid, warmte, zwelling op de plaats van de pijn? | Ja/Nee |
| 21. Heeft u diabetes? | Ja/Nee |
| 22. Heeft u als diabetespatiënt in het verleden voetproblemen gehad? | Ja/Nee |

Voorwaarden:

Hierbij verklaar ik deze lijst volledig en naar waarheid ingevuld te hebben.
Verder verklaar ik geen bezwaar te hebben tegen het inlichten van mijn huisarts ter informatie of
wanneer daar een medische indicatie voor bestaat.
Tevens geef ik toestemming voor de behandeling.

Handtekening patiënt:

In geval <16 jaar handtekening Ouder/voogd;

Datum:



Handtekening behandelaar:



Aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten