



Podotherapie Kouwe

Eerstelijnscentrum het Foort - Scherpenzeel

Screenings formulier DTP

Achternaam _____ Man/Vrouw

Voorletters _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Algemeen

- | | |
|--|------------|
| 1. Heeft u kort geleden een ongeval of iets gebroken gehad? | O ja O nee |
| 2. Heeft u koorts? | O ja O nee |
| 3. Bent u in korte tijd veel afgevallen (meer dan 5 kilo in een maand)? | O ja O nee |
| 4. Gebruikt u langdurig corticosteroïden (ontstekingsremmers)? | O ja O nee |
| 5. Ervaart u pijn die niet afneemt in rust of bij het anders gaan zitten, liggen of staan? | O ja O nee |
| 6. Heeft u pijn die 's nachts aanwezig blijft of zelfs erger wordt? | O ja O nee |
| 7. Bent u onder behandeling bij een oncoloog (geweest)? | O ja O nee |
| 8. Heeft u het gevoel van algehele malaise (ongemak)? | O ja O nee |
| 9. Heeft u last van verlammingen of andere neurologische aandoeningen? | O ja O 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? | O ja O nee |
| 2. Krijgt u medicijnen toegediend via infuus? | O ja O nee |
| 3. Heeft u last van incontinentie (geen drang om naar de wc te gaan)? | O ja O nee |
| 4. Heeft u last van verlamming(en) in de benen? | O ja O nee |



Podotherapie Kouwe

Eerstelijnscentrum het Foort - Scherpenzeel

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:

Dhr. R. Kouwe

Handtekening en naam patiënt (boven de streep)

Handtekening en naam podotherapeut

In geval van < 16 jaar:

Handtekening en naam ouder/voogd (boven de streep)