



Geslacht

Vrouw

Man

Achternaam: _____

Meisjesnaam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Straatnaam + huisnummer: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoon: _____

Mobiel: _____

E-mail adres: _____

Identiteitsbewijs: paspoort identiteitskaart rijbewijs vreemdelingendocument

Nummer identiteitsbewijs: _____

Naam verzekering: _____

Inschrijfnummer verzekering: _____

Burgerservicenummer: _____

Huisarts: _____

Heeft u een verwijzing van uw (huis) arts?

Ja

Nee

Beroep: _____

Sport: _____

1. Wat zijn uw klachten? _____

2. Hoe zijn de klachten ontstaan? _____

3. Hoe lang bestaan de klachten? _____

4. Hebt u deze klachten al eens eerder gehad? Ja Nee

Zo ja, wat is er toen aan gedaan? _____

5. Bij welke activiteit(en) heeft u last van de klachten? _____

6. Geef aan hoeveel pijn/klachten/beperkingen u hebt door middel van een getal tussen 0 en 10

Pijn: _____ (0 voor geen pijn, 10 voor ondraaglijke pijn)

Klachten: _____ (0 voor geen klachten, 10 voor ondraaglijke klachten)

Beperkingen: _____ (0 voor geen beperkingen, 10 voor ondraaglijke beperkingen)

7. Bent u voor deze klacht of andere aandoeningen onder behandeling van een arts, specialist(en) of therapeut?

Ja Nee

Zo ja, voor welke klachten? _____

Bij welke arts en/of specialist(en) en/of therapeut? _____

8. Wat is uw hulpvraag aan de therapeut? _____

9. Wat zijn uw verwachtingen ten opzichte van de behandeling? _____

10. Hebt u in het verleden een operatie ondergaan? Ja Nee

Zo ja, wat voor soort operatie? _____

11. Gebruikt u medicijnen? Ja Nee

Zo ja, welke medicijnen? _____

12. Voelt u zich ziek of heeft u koorts? Ja Nee

13. Hebt u 's nachts pijn? Ja Nee

14. Wordt de nachtelijke pijn anders door verandering van houding? Ja Nee

15. Hebt u momenteel (of had u in het verleden) een levensbedreigende ziekte? Ja Nee

16. Heeft u recent een ongeval gehad? Ja Nee

17. Heeft u klachten/bent u behandeld aan:

Hart

Darmen

Gal/lever

Longen

Nieren

Menstruatiestoornis

Maag

Blaas/prostaat

Eventueel nadere toelichting: _____

18. Bent u recent buiten bewustzijn geweest? Ja Nee

19. Is er recent onverklaarbaar gewichtsverlies? Ja Nee

20. Zijn er veranderingen in zien, ruiken, horen of proeven? Ja Nee

21. Hebben er de laatste tijd ingrijpende gebeurtenissen plaatsgevonden? Ja Nee

22. Bent u dit jaar voor deze klacht bij een andere fysiotherapeut, manueel therapeut of oedeemtherapeut geweest? Ja Nee

23. Geeft u toestemming voor het opnemen van contact met uw huisarts? Ja Nee

24. Verklaart u dat u op de hoogte bent van de regels met betrekking tot de betaling van de behandelingen. Ja Nee

Datum: _____

Handtekening: _____

Plaats: _____