

Screening Directe Toegankelijkheid Podotherapie

**Indien u een van het onderstaande met 'Ja' beantwoordt,
neem vooraf contact op met het afsprakenbureau**

Persoonsgegevens patiënt

Naam:	Voorletters:	Geb.datum:	M/V
Adres:	Postcode:	Woonplaats:	
Telefoon:	Mobiel:	E-mail adres:	
BSN:	Huisarts:		

Indien u een van het onderstaande met 'Ja' beantwoordt, neem vooraf contact op

Heeft u Diabetes Mellitus?	ja ☐	nee ☐
Heeft u Reumatoïde Artritis?	ja ☐	nee ☐
Heeft u recentelijk een ongeluk, val of botbreuk gehad?	ja ☐	nee ☐
Heeft u onbegrepen tekenen of symptomen na een recentelijk ongeluk?	ja ☐	nee ☐
Kunt u niet staan op uw voeten?	ja ☐	nee ☐
Heeft u een al langer bestaande (onverklaarbare) koorts?	ja ☐	nee ☐
Ben u de afgelopen maand veel gewicht verloren, zonder daarvoor iets te doen? (meer dan 5 kg)	ja ☐	nee ☐
Maakt u langdurig gebruik van medicatie met corticosteroïden? (ontstekingsremmers)	ja ☐	nee ☐
Heeft u constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van houding?	ja ☐	nee ☐
Heeft u een vorm van kanker, of dit in het verleden gehad?	ja ☐	nee ☐
Voelt u zich de laatste tijd ziek?(bv. misselijkheid, braken, diarree, vermoeidheid, verminderde eetlust)	ja ☐	nee ☐
Heeft u pijn die 's nachts blijft of erger wordt	ja ☐	nee ☐
Zijn er tekenen van een ontsteking?(rood, dik en warm)	ja ☐	nee ☐
Heeft u uitval van gevoel of spierkracht in uw lichaam	ja ☐	nee ☐
Bent u wel eens geopereerd aan de gewrichten (voet, enkel, knie, heup, rug)?	ja ☐	nee ☐
Heeft u lage rugklachten?	ja ☐	nee ☐

Conclusie / Samenvatting (in te vullen door de behandelaar)

☐ Podotherapeutisch onderzoek en behandeling is geïndiceerd		
☐ Graag nadere medische informatie vanwege.....	ja ☐	nee ☐
☐ 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 behandelaar met de eigen huisarts	ja ☐	nee ☐

Datum en plaats:.....

U verklaart hierbij dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

.....
Handtekening en naam patiënt

.....
Handtekening en naam behandelaar

In geval van < 16 jaar:

.....
Handtekening en naam ouder/voogd