



DTF Intakeformulier

Gegevens huisarts

Naam _____

Adres _____

Postcode _____ Plaats _____

Gegevens patiënt

Naam _____ Voorletters _____

Adres _____ Geboortedatum ____-____-____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoonnummer _____ Geslacht M/V*

Verzekering _____ Verzekeringsnummer _____

Wat is de reden van contact met fysiotherapeut: _____

Vraag	J	N	Eventuele toelichting bij JA
Gebruikt u medicijnen?			
Bent u onder behandeling van een specialist?			
Bent u momenteel ziek?			
Hebt u momenteel onverklaarbare koorts?			
Hebt u de laatste tijd onverwacht gewicht verloren?			
Hebt u alcohol-/ drugsproblemen?			
Hebt u langdurig gebruik gemaakt van corticosteroïden?			
Hebt u botbreuken gehad in het verleden?			
Bent u in het verleden ernstig ziek geweest?			
Hebt u problemen met slapen?			
Hebt u nachtelijke pijnen?			
Hebt u uitval van gevoel in uw lichaam?			
Hebt u rare tintelingen in uw lichaam?			
Verliest u regelmatig uw evenwicht?			
Is uw klacht het gevolg van een recentelijk trauma?			
Indien uw klachten door rust of houdingsverandering NIET afnemen of veranderen; vul ja in.			
Hebt u de laatste tijd last van spraakproblemen?			
Hebt u de laatste tijd last van verwardheid of geheugenverlies?			
Verliest u soms controle over blaas of ontlasting?			
Bent u de laatste tijd controle over uw ledematen verloren?			



Bent u onder controle van de trombosedienst?			
Hebt u recentelijk gevlogen of gedoken?			
Heeft uw arts ooit gezegd dat u hartproblemen heeft?			
Hebt u pijn op de borst bij fysieke inspanning?			
Hebt u momenteel veel stress of bevindt u zich in emotioneel heftige omstandigheden?			

Ik ga ermee akkoord dat bovenstaande informatie naar mijn arts wordt doorgestuurd : J/N*

Ik verklaar hierbij dat ik bovenstaande informatie naar waarheid heb ingevuld.

Handtekening patiënt _____

*doorhalen wat niet van toepassing is

Onderstaande alleen door fysiotherapeut in te vullen

Zijn er rode vlaggen aanwezig: Ja/Nee Welke _____

<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, patiënt wordt in behandeling genomen
<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is geïndiceerd, patiënt wordt doorgestuurd naar collega; Dhr/Mw. _____ te _____
<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, patiënt wordt niet doorverwezen naar anderen
<input type="checkbox"/>	Verder fysiotherapeutisch onderzoek is niet geïndiceerd, patiënt wordt geadviseerd contact op te nemen met huisarts

Naam fysiotherapeut _____ Datum ____-____-____

Handtekening _____