

## DTP formulier (directe toegankelijkheid podotherapie)

Voornaam\* \_\_\_\_\_ Achternaam\* \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

E-mail adres\* \_\_\_\_\_

Telefoonnummer\* \_\_\_\_\_

Vragen	ja	nee
Heeft u recent een trauma/ongeval gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zijn de klachten na een recent trauma/ongeval ontstaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Is er sprake van een langer bestaande koorts (onverklaarbaar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u de laatste tijd veel afgevallen (onverklaarbaar, meer dan 5kg/maand)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gebruikt u langdurig corticosteroïden (bijvoorbeeld Prednison)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u last van een constante pijn die niet afneemt in rust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
of bij verandering van positie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u in het verleden kanker gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voelt u zich ziek of onwel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blijft de pijn 's nacht aanwezig of wordt deze erger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u last van jichtknobbels?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u diabetes, suikerziekte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u reumatoïde artritis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## DTP formulier

**Wanneer u geen rugklachten heeft zijn de volgende vragen niet van toepassing.**

	ja	nee
Ik heb geen rugklachten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u last van uitstraling in de benen, kracht uitval, doof gevoel of tintelingen of pijn/uitstraling bij hoesten/niezen/persen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gebruikt u medicijnen die intraveneus moeten worden toegediend (via een infuus, of via injectie in een ader)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u last van ernstige incontinentie (urine en/of ontlasting)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u last van gevoel uitval aan de binnenzijde van beide bovenbenen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u last van tintelingen, dofheid, kracht verlies in beide benen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u momenteel één of meer wonden op voet en/of onderbeen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>