

Deze lijst wordt uitsluitend gebruikt voor de screening binnen de DTF.

De inhoud van dit formulier valt onder de medische geheimhouding en wordt niet zonder uw toestemming aan derden ter inzage gegeven.

Persoonsgegevens

Achternaam	_____	Tussenvoegsel	_____
Roepnaam	_____	Voorletters	_____
Geboortedatum	_____	Geslacht	_____ M / V
BSN/Sofi nummer	_____		
Postcode	_____	Woonplaats	_____
Straat	_____	Huisnummer	_____
Telefoon privé	_____		

Sport / Hobby _____

Beroep _____

Nummer Paspoort / ID kaart / Rijbewijs _____

Verzekeringsgegevens

Neemt u de eerste keer uw verzekeringsgegevens mee

Verzekeraar _____

Polisnummer _____

Type aanvullende verzekering _____

(Aantal behandelingen /
vergoeding fysiotherapie)

Huisarts _____

Belangrijke gegevens / opmerkingen

Hebt u kort geleden een trauma (ongeluk, val) gehad?	Ja / Nee
Hebt u al langer (onverklaarbare) koorts?	Ja / Nee
Bent u de laatste maand meer dan 5 kilogram gewicht verloren zonder daar iets aan te doen (lijnen, meer sporten)?	Ja / Nee
Gebruikt u al langere tijd corticosteroïden?	Ja / Nee
Hebt u constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van houding?	Ja / Nee
Hebt u kanker (gehad)?	Ja / Nee
Hebt u een gevoel van algemene malaise (moe, ziek)?	Ja / Nee
Hebt u 's nachts pijn?	Ja / Nee
Hebt u prikkelingen of tintelingen, verminderd gevoel of krachtsverlies?	Ja / Nee

Klachtenomschrijving

Hier kunt u alvast uw klachten omschrijven

Wat zijn uw klachten?

Hoe zijn de klachten ontstaan?

Wanneer treden de klachten op?

Hoe lang heeft u de klachten al?

In welke mate heeft u hinder bij normale activiteit / werk

Weinig

Matig

Veel

Overige opmerkingen

Hierbij verklaar ik geen bezwaar te hebben tegen het inlichten van mijn huisarts ter informatie of wanneer daar een medische indicatie voor bestaat.

Verder verklaar ik deze lijst volledig en naar waarheid te hebben ingevuld,

DATUM: **HANDTEKENING:**