

Naam: _____
Voorletters: _____
Geb. datum: _____
Adres: _____
Postcode/Woonplaats: _____
Telefoon nr.: _____
E-mailadres: _____
BSN nr.: _____
Document nr. identiteitsbewijs: _____
Huisarts: _____

Intake op Maat

Wilt u meer informatie betreft vergoeding fysiotherapie, kijk hiervoor dan op onze website onder het kopje vergoeding of vraag ernaar bij een van onze medewerkers.

Intake:

- Wat is uw klacht?

- Hoe is de klacht ontstaan en hoelang bestaat deze?

- Is de klacht sinds het ontstaan veranderd van intensiteit? (toegenomen, constant, afgenomen)

- Welke activiteiten kunt u door uw huidige klacht niet of minder goed uitvoeren (Zie bijlage 1)?

- Wat verergert de klacht?

- Wat vermindert de klacht?

- Kunt u de pijn (indien aanwezig), die u op dit moment voelt, een rapportcijfer geven? (0=geen pijn, 10=ondragelijke pijn, in bijlage 2)

Externe factoren:

- Wat zijn uw werkzaamheden en welke invloed hebben deze op uw klacht?

- Sport u? Zo ja, welke sport en hoe vaak per week sport u? In welke mate wordt u hierin beperkt?

- Wat is uw woonsituatie?

- Heeft u nog andere bezigheden, zoals hobby's? In welke mate wordt u hierin beperkt?

- Gebruikt u hulpmiddelen? Zo ja, welke hulpmiddelen?

Persoonlijke factoren:

- Wat heeft u zelf gedaan om de klacht te beïnvloeden?

- Hoe denkt u over de klacht?

- Wat verwacht u van fysiotherapie en wat we samen met u kunnen doen aan uw klacht?

Voorgeschiedenis:

- Gebruikt u op dit moment medicatie? Zo ja, welke medicijnen?

- Heeft u in het verleden langdurig medicatie gebruikt? Zo ja, welke medicijnen?

- Vindt er n.a.v. uw klacht op dit moment medisch onderzoek plaats of heeft dit reeds plaats gevonden (bijv. röntgenfoto)? Zo ja, wat is/was de uitslag van het onderzoek en zijn er nog verdere onderzoeken en/of behandelingen in de nabije toekomst?

- Bent u in het verleden behandeld door een medisch specialist in het ziekenhuis? Zo ja, welke en waarvoor?

- Heeft u naast uw huidige lichamelijke klacht nog andere klachten?

- Zijn er overige relevante ziekten bekend uit uw verleden of in uw familie?

Bijlage 1
Patiënt Specifieke Klachten

Uw klachten hebben invloed op de activiteiten en bewegingen die u dagelijks doet en moeilijk te vermijden zijn. De gevolgen van deze klachten zijn voor iedereen verschillend. Elk persoon zal bepaalde activiteiten en bewegingen graag zien verbeteren door de behandeling. Hieronder staan een aantal activiteiten en bewegingen als voorbeeld. Probeer de activiteiten te herkennen waar u de afgelopen week door uw klachten moeilijkheden mee had. Kleur of kruis het bolletje aan voor deze activiteit. We vragen u problemen aan te kruisen die **u heel belangrijk vindt** en die u het liefst zou **zien veranderen** in de **komende weken**.

U mag ook andere, voor u belangrijke activiteiten opschrijven.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in bed liggen | <input type="checkbox"/> tillen |
| <input type="checkbox"/> omdraaien in bed | <input type="checkbox"/> op bezoek gaan bij familie, vrienden |
| <input type="checkbox"/> opstaan uit bed | <input type="checkbox"/> uitgaan |
| <input type="checkbox"/> opstaan uit een stoel | <input type="checkbox"/> seksuele activiteiten |
| <input type="checkbox"/> gaan zitten op een stoel | <input type="checkbox"/> uitvoeren van werk |
| <input type="checkbox"/> lang achtereen zitten | <input type="checkbox"/> uitvoeren van hobby's |
| <input type="checkbox"/> in/uit de auto stappen | <input type="checkbox"/> uitvoeren van huishoudelijk werk |
| <input type="checkbox"/> rijden in een auto of bus | <input type="checkbox"/> sporten |
| <input type="checkbox"/> fietsen | <input type="checkbox"/> op reis gaan |
| <input type="checkbox"/> staan | <input type="checkbox"/> andere activiteiten.....moeite |
| <input type="checkbox"/> lang achtereen staan | |
| <input type="checkbox"/> licht werk in en om het huis | |
| <input type="checkbox"/> zwaar werk in en om het huis | |
| <input type="checkbox"/> in huis lopen | |
| <input type="checkbox"/> wandelen | |
| <input type="checkbox"/> hardlopen | |
| <input type="checkbox"/> het dragen van een voorwerp | |

Selecteer de **3 belangrijkste activiteiten** (moeilijk uitvoerbaar en vaak voorkomend) en rangschik ze naar mate van belangrijkheid:

1.
2.
3.

Voorbeeld hoe in te vullen

Probleem: *Wandelen*

Omcirkelt u de **2** dan kost wandelen u **weinig moeite**

geen enkele 0 1 **2** 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk moeite

Omcirkelt u de **8** dan kost wandelen u **veel moeite**

geen enkele 0 1 2 3 4 5 6 7 **8** 9 10 onmogelijk moeite

Probleem 1.....

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk
moeite

Probleem 2.....

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk
moeite

Probleem 3.....

Hoe moeilijk was het in de afgelopen week om deze activiteit uit te voeren?

geen enkele 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 onmogelijk
moeite

Bijlage 2

NUMERIC RATING SCALE (NRS)

Omcirkel alstublieft het getal dat het huidige pijnniveau aangeeft.

0 = Geen pijn

10 = Ergste pijn denkbaar

Geen pijn 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ergste pijn denkbaar