**Het is niet de bedoeling dat dit document verstuurd word via onbeveiligde e-mail naar de praktijk in verband met de privacy wetgeving. Neem het ingevuld mee naar de praktijk.**

**Naam:**

**Voorletters:**

**geb.datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres:**

**Postcode/Woonplaats:**

**Telefoon nr.:
E-mailadres:**

**BSN nr.:**

**Document nr. identiteitsbewijs:
Huisarts:**

**Intake op Maat**

**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 denkt u zelf dat er aan de hand is en wat heeft u zelf gedaan om de klacht te beïnvloeden?

* 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.

0 in bed liggen 0 tillen

0 omdraaien in bed 0 op bezoek gaan bij familie, vrienden

0 opstaan uit bed 0 uitgaan

0 opstaan uit een stoel 0 sexuele activiteiten

0 gaan zitten op een stoel 0 uitvoeren van werk

0 lang achtereen zitten 0 uitvoeren van hobby’s

0 in/uit de auto stappen 0 uitvoeren van huishoudelijk werk

0 rijden in een auto of bus 0 sporten

0 fietsen 0 op reis gaan

0 staan 0 andere activiteiten…………………….moeite

0 lang achtereen staan

0 licht werk in en om het huis

0 zwaar werk in en om het huis

0 in huis lopen

0 wandelen

0 hardlopen

0 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**