

# Screeningsformulier Directe Toegankelijkheid

**Naam:**.....

**Geboortedatum:**.....

## Algemeen

- |   |          |
|---|----------|
| 1. (Recent) trauma  | ja / nee |
| 2. Onbegrepen tekenen of symptomen na recent trauma.                      | ja / nee |
| 3. Belasten is niet mogelijk (asdrukpijn)                                 | ja / nee |
| 4. Al langer bestaande (onverklaarde) koorts                              | ja / nee |
| 5. Recent onverklaard gewichtsverlies (> 5kg per maand)                   | ja / nee |
| 6. Langdurig gebruik van corticosteroïden                                 | ja / nee |
| 7. Constante pijn die niet afneemt in rust of bij verandering van positie | ja / nee |
| 8. Algemeen onwel bevinden  | ja / nee |
| 9. Pijn die 's nachts blijft of zelfs verergert                           | ja / nee |
| 10. Uitgebreide neurologische tekenen en symptomen                        | ja / nee |
| 11. Kanker in de voorgeschiedenis   | ja / nee |

## Diabetes Mellitus, indien van toepassing:

- |  |          |
|--|----------|
| 12. Er zijn tekenen/symptomen van infectie | n.v.t.   |
| 13. Er zijn tekenen/symptomen van Charcot  | ja / nee |
|  | ja / nee |

## Reumatische aandoeningen, indien van toepassing:

- |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| 14. Teken en symptomen van tophi    | n.v.t.   |
| 15. Teken en symptomen van infectie | ja / nee |
|                                     | ja / nee |

## Lage rug regio, indien van toepassing

- |   |          |
|---|----------|
| 16. Eerste episode van lage rugpijn jonger dan 20 jaar of ouder dan 50 jaar | n.v.t.   |
| 17. Significant trauma  | ja / nee |
| 18. Deformiteiten (bijv. lumbale kyfose)                                    | ja / nee |
| 19. Intraveneuze toepassing van medicijnen                                  | ja / nee |
| 20. Progressieve niet-mechanische pijn                                      | ja / nee |
| 21. Aanhoudende ernstige beperking lumbale flexie                           | ja / nee |
| 22. Incontinentie voor urine en/of faeces                                   | ja / nee |
| 23. Rijbroek anesthesie   | ja / nee |
| 24. Bi- of unilaterale uitvalsverschijnselen in benen                       | ja / nee |
| 25. Ernstig beperkt gangbeeld   | ja / nee |

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld en gaat akkoord met:

- de besproken podotherapeutische behandeling en de besproken kosten.
- communicatie met huisarts of specialist.

**Handtekening:**.....

**Datum:**.....