**Screeningsformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voorletters |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoon thuis |  |
| Telefoon mobiel |  |
| E-mail adres |  |
| Naam verzekering |  |
| Verzekeringsnummer |  |
| Burgerservicenummer |  |
| Huisarts |  |
| Verwijzend arts |  |
| Beroep |  |
| Sport / hobby’s |  |

**Klachten**

|  |  |
| --- | --- |
| Wat zijn uw klachten |  |
| Hoe zijn de klachten ontstaan? |  |
| Hoe lang heeft u deze klachten? |  |
| Heeft u deze klachten al eerder gehad? |  |
| Zo ja, wat is er toen aan gedaan? |  |
| Bij welke activiteiten heeft u last van uw klachten? |  |
| Geef aan hoeveel pijn u heeft (getal tussen 0 – 10) |  |
| Bent u voor deze klacht onder behandeling geweest van huisarts of specialist? |  |
| Zo ja, welke? |  |

**Overige vragen**

|  |
| --- |
| Heeft u in het verleden een operatie ondergaan? |
| Zo ja, wat voor soort operatie? |
| Welke medicijnen gebruikt u? |
| Voelt u zich ziek of heeft u koorts? |
| Heeft u ’s nachts pijn? |
| Wordt de nachtelijke pijn anders door verandering van houding? |
| Heeft u momenteel (of had u in het verleden) een levensbedreigende ziekte? |
| Heeft u recent een ongeval gehad? |
| Heeft u klachten / bent u behandeld aan: |
| Hart / longen / maag / darmen / gal / lever / blaas / prostaat / nieren / kwaadaardige aandoeningen / menstruatiestoornis \* |
| Een andere ernstige ziekte? |
| Bent u zwanger? |
| Bent u recent buiten bewustzijn geweest? |
| Is er recent onverklaarbaar gewichtsverlies? |
| Ervaart u veranderingen van zien, ruiken, horen en proeven? |
| Heeft u de laatste tijd ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt? |
| Bent u voor deze klacht bij andere fysio/manueel of oefentherapeut geweest?Bij wie? |
| Geeft u toestemming voor het opnemen van contact met uw huisarts? |

\* doorhalen wat niet van toepassing is.

Datum:

Handtekening:

Dit formulier uitprinten, invullen en ondertekenen. Graag meenemen bij uw eerste bezoek aan onze praktijk. Niet mailen, gezien het vertrouwelijke informatie bevat.