

Intake-formulier



Naam:
Geboortedatum:
Lengte:
Gewicht:
Beroep/ werk:
Sport:
Roken Ja / Nee
Omschrijving klacht:

.....
.....
.....

Hoe lang bestaan de klachten al?

.....

Bent u eerder door andere arts(en) voor deze klachten gezien?

.....
.....

Eerdere operaties (waar/wanneer)

.....
.....

Zijn er beeldvormende onderzoeken geweest? (röntgen / echo / MRI / scan)

.....
.....

Eerdere behandelingen:

Fysiotherapie: Ja / Nee

Steunzolen (Podotherapie): Ja / Nee

Anders:

Gebruikt u medicijnen? Ja / Nee

Welke medicijnen gebruikt u?

.....

Bent u bekend met een allergie? Ja / Nee

Heeft u hart en/of vaatziekte gehad? (bijv. hoge bloeddruk, hartinfarct, beroerte of tia)? Ja / Nee

Heeft u een longaandoening? (bijv. astma, COPD) Ja / Nee

Heeft u suikerziekte (diabetes)? Ja / Nee

Heeft u andere aandoeningen, waarvoor u medicatie gebruikt Ja / Nee

.....

Bent u bewezen MRSA/BRMO-positief (bewezen drager)? Ja / Nee

Bent u minder dan 2 maanden geleden langer dan 24 uur in een buitenlands ziekenhuis Ja / Nee
opgenomen geweest of geopereerd in een buitenlands ziekenhuis?

Heeft u contact met intensieve veehouderij: kalvermesterijen, varkens en/of pluimvee? Ja / Nee

Heeft u een MRSA positieve huisgenoot? Ja / Nee

Heeft u een infectie, abces, lang bestaande wond of steenpuist? Ja / Nee