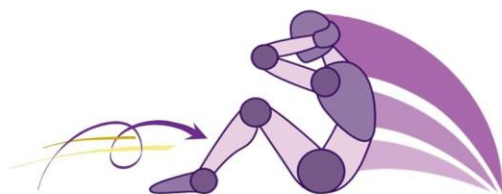
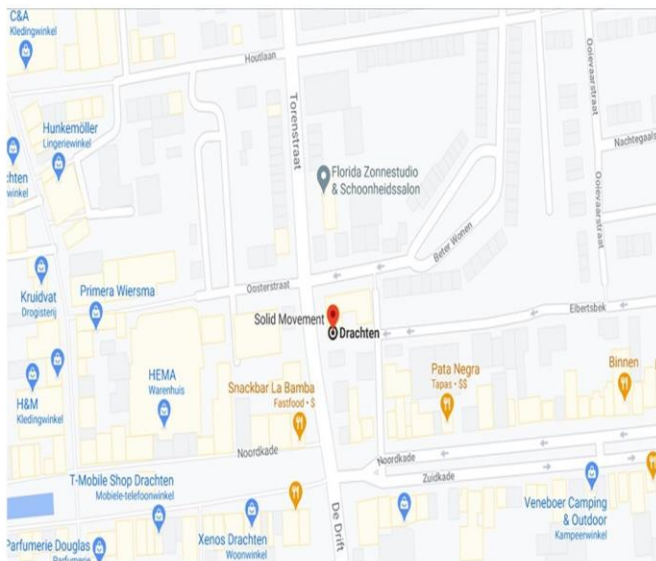


SOLID MOVEMENT OrthoManuele Revalidatiekliniek

Functieherstel van het houdings- en bewegingsapparaat

Geachte cliënt,

- ◆ U heeft een afspraak gemaakt bij onze kliniek.
- ◆ Wij verzoeken u een grote badlaken mee te nemen en op tijd aanwezig te zijn.
- ◆ Neem a.u.b. uw identiteitskaart mee en vul voorafgaand de behandeling deze "intake vragenlijst" in voor uw behandelaar.
- ◆ Wij hebben geen pin apparaat in ons pand. Gaarne contant betalen s.v.p.
- ◆ Consulten die niet vierentwintig uur van te voren afgemeld zijn, kunnen in rekening gebracht worden.
- ◆ Lees voor uw komst onze website eens rustig door.
- ◆ Volg de RIVM-maatregelen en draag een mondkapje



CORE STABILITY

WWW.SOLIDMOVEMENT.NL

LEES op onze website het laatste nieuws over de CORONA werkwijze!!!

Waar kunt u ons vinden?

Ons adres is Oosterstraat 26, 9203 BB Drachten.

Onze ingang echter bevindt zich op Torenstraat 4



De kliniek bevindt zich in de achterste vleugel van dit hoekpand. U kunt op onze binnenplaats parkeren tijdens uw behandeling.

De entree kunt u vinden als u de inrit naast Torenstraat 4 ingaat en u de binnenplaats schuin naar links oversteekt.



Zodra u het pand binnen komt loopt u via de balie de wachtruimte in en kunt u plaats nemen totdat u wordt opgeroepen door uw behandelaar. Neem gerust een kopje koffie of thee.



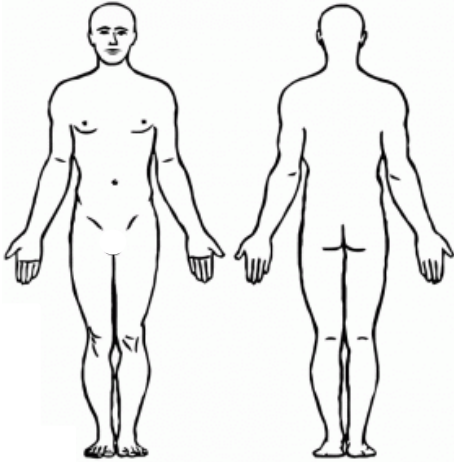
F.L. Versélewel de Witt Hamer
MSK-Arts OrthoManuele
Geneeskunde



de Fysiotherapeut D.M. Terlaak
Fysiotherapeut
MEDX-bewegingsdeskundige

Oosterstraat 26
9203 BB Drachten
Tel: +31 - (0)512 - 53 22 51
E-mail: info@solidmovement.nl

Intake Vragenlijst

<p>Om een zo volledig en goed mogelijk beeld te krijgen van uw klachtenpatroon vragen wij u dit formulier in te vullen en mee te nemen naar het eerste consult. Uw gegevens worden uitsluitend gebruikt om een passende behandeling op te stellen. De gegevens vermeld in dit formulier zijn vertrouwelijk en worden niet zonder uw toestemming aan derden ter inzage gegeven. We zijn verplicht om u naar uw Identiteit te vragen; vergeet dus niet uw paspoort/rijbewijs/identiteitskaart mee te nemen. Invuldatum:</p>		↓	↓
		JA	NEE
De heer/mevr: Initialen: Voornaam: Adres: Postcode: Woonplaats: Telefoonnr: Geb.dat.: BSN: E – mail adres:	Verzekering: Nr.: Lengte: Gewicht: Bent u aanvullend verzekerd?..... Huisarts Dhr./Mw. Geeft u toestemming om contact op te nemen met uw huisarts indien dit noodzakelijk mocht zijn?: Gezins situatie: Beroep:	○	○
Komt u hier met verwijzing van uw huisarts / specialist? Zo ja, door wie bent u verwezen..... Zo nee, hoe bent u in aanraking gekomen met onze praktijk? Bent u eerder voor een behandeling bij één van onze therapeuten in deze kliniek geweest? Zo ja bij wie?: Wanneer was de laatste keer? d.d.:.....		○	○
Geef op de tekening aan waar u de meeste last/pijn heeft. (meerdere plaatsen zijn mogelijk)  Hoe lang kunt u onderstaande activiteiten volhouden voor uw klachten duidelijk toenemen? Zitten Liggen Staan Lopen Fietsen	Sinds wanneer heeft u deze klachten? Zijn ze geleidelijk of plotseling ontstaan? Was er een aanleiding? Welke?..... Straalt de pijn uit? Zo ja, waar naar toe? En tot waar? Heeft u tintelingen of een doof gevoel? Zo ja waar? Heeft u last van stijfheid? Zo ja, waar? Waardoor verergeren de klachten?..... Waardoor verminderen de klachten?..... Waarin bent u beperkt in uw dagelijks functioneren?..... Bent u voor deze klacht al door andere artsen of therapeuten gezien? Zo ja welke? Zijn er foto's/scans gemaakt i.v.m. deze klachten? Zo ja, wanneer, waar en met welke uitslag?	○	○
Heeft u nog andere klachten over uw gezondheid? Zo ja, welke:		○	○
Bent u onder behandeling of controle van: (indien bekend, graag de naam vermelden) <input type="radio"/> huisarts, Dhr./Mw..... <input type="radio"/> bedrijfsarts, Dhr./Mw..... <input type="radio"/> specialist, Dhr./Mw..... <input type="radio"/> fysiotherapeut, Dhr./Mw..... <input type="radio"/> arts OrthoManuele Geneeskunde, Dhr./Mw..... <input type="radio"/> ander, namelijk		○	○



	JA	NEE	
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, welke.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Heeft u ooit een ongeval, ziekenhuisopname, of operatie ondergaan? Zo ja in welk jaar en waarvoor?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Heeft u nu of in het verleden last of last gehad van: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> hoofdpijn/duizeligheid/flauwvallen<input type="radio"/> gebitsklachten<input type="radio"/> ernstige vermoeidheid<input type="radio"/> slaapstoornissen<input type="radio"/> nek-/schouder-/armklachten<input type="radio"/> hoge rug-, rib- of borstbeenklachten<input type="radio"/> hartklachten (op hol geslagen of onregelmatig)<input type="radio"/> longziekte<input type="radio"/> maag of darm klachten/braken/misselijkheid<input type="radio"/> diarree / obstipatie<input type="radio"/> gebrek aan eetlust<input type="radio"/> ongewenst forse gewichtsveranderingen (>5 kilo / maand)<input type="radio"/> blaasontsteking / nierproblemen<input type="radio"/> incontinentie (urine / ontlasting niet op kunnen houden)<input type="radio"/> moeite, of overmatig veel plassen<input type="radio"/> menstruatieklachten	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> overmatig veel dorst<input type="radio"/> lage rug- of bekkenklachten<input type="radio"/> andere gewrichten, namelijk<input type="radio"/> reumatische klachten<input type="radio"/> hoge- of lage bloeddruk<input type="radio"/> suikerziekte<input type="radio"/> epilepsie<input type="radio"/> stress<input type="radio"/> koorts<input type="radio"/> schimmelinfecties<input type="radio"/> huidaandoeningen<input type="radio"/> allergieën <p>Ondervindt u van één van genoemde aandoeningen <u>momenteel</u> nog last/hinder? Zo ja, van welke aandoening?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bent u gewend aan lichamelijke activiteit?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sport u? Zo ja, welke sport en hoe vaak/lang per dag/week?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hoeveel uur slaapt u per nacht gemiddeld? uur. Voelt u zich uitgerust als u 's ochtends weer opstaat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Heeft u moeite met zien / horen / ruiken? Sinds wanneer heeft u dat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bent u zwanger? Zo ja, hoever bent u in de zwangerschap: maanden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wat is uw motivatie om bij ons voor fysiotherapie / OrthoManuele Geneeskunde te kiezen? (meerdere antwoorden mogelijk) <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> klachtenvermindering<input type="radio"/> ter voorkoming van klachten (preventief)<input type="radio"/> lichaamshouding verbeteren (bewegingsvrijheid verhogen + bewegingspatroon uitbalanceren, coordinatieproblemen optimaliseren)<input type="radio"/> verbetering algemene belastbaarheid (flexibiliteit, stabiliteit, sterkte en conditie opbouwen)<input type="radio"/> inzicht in omgaan met klachten vergroten<input type="radio"/> individuele functiegerichte workhardening (arbeidsgerelateerde klachten aanpakken)<input type="radio"/> anders, namelijk			
Wat is uw verwachting op korte (< 3 mnd) - en lange termijn (>3 mnd)?			
Heeft u nog vragen en/of opmerkingen voor het eerste consult?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.			
Datum: Handtekening:			

Heeft u **de afgelopen dagen moeite** gehad onderstaande activiteiten uit te voeren vanwege uw rug- of bekkenklachten? Zet dan bij elke activiteit een kruisje in de kolom die voor u van toepassing is. Indien u sommige activiteiten niet doet probeert u zich dan voor te stellen hoe het zou zijn als u het wel deed. Is er mogelijk een andere oorzaak dan rug- of bekkenklachten waardoor u iets niet goed kunt? Ja / Nee Zo ja, welke?

QUEBEC scorelijst

	totaal moeite	geen moeite	nauwelijks moeite	enige moeite	veel moeite	zeer veel moeite	niet in staat
1. Opstaan uit bed	()	()	()	()	()	()	()
2. De hele nacht slapen	()	()	()	()	()	()	()
3. Omdraaien in bed	()	()	()	()	()	()	()
4. Auto rijden	()	()	()	()	()	()	()
5. 20 tot 30 minuten (achter elkaar) staan	()	()	()	()	()	()	()
6. Enkele uren in een stoel zitten	()	()	()	()	()	()	()
7. Een trap oplopen	()	()	()	()	()	()	()
8. Een klein eindje lopen	()	()	()	()	()	()	()
9. Enkele kilometers lopen	()	()	()	()	()	()	()
10. Naar een hoge plank reiken	()	()	()	()	()	()	()
11. Een bal werpen	()	()	()	()	()	()	()
12. Een eindje hardlopen	()	()	()	()	()	()	()
13. Iets uit de koelkast pakken	()	()	()	()	()	()	()
14. Het bed opmaken	()	()	()	()	()	()	()
15. Sokken (of panty) aantrekken	()	()	()	()	()	()	()
16. Voorover buigen om bijvoorbeeld de badkuip of wc. schoon te maken	()	()	()	()	()	()	()
17. Een stoel verplaatsen	()	()	()	()	()	()	()
18. Zware deur opentrekken of openduwen	()	()	()	()	()	()	()
19. Dragen van 2 tassen met boodschappen	()	()	()	()	()	()	()
20. Een zware koffer optillen en dragen	()	()	()	()	()	()	()
Punten tellen en vermenigvuldigen x0= x1= x2= x3= x4= x5= x5=



QUEBEC = De mate en de manier waarop rug- bekkenklachten het dagelijks leven beïnvloeden

QUEBEC score

TOTAAL:

Benoem een lichamelijke beperking die u regelmatig tegenkomt die u heel belangrijk vindt en die u het liefste zou zien veranderen in de komende tijd tijdens uw behandeltraject. Geef een waarde aan uw pijnklachten door een verticale | streep door het onderstaande plaatje te zetten. Benoem hier uw beperking:

Streep hier de waarde van uw pijnklachten aan:

VAS-score = Visuele Analoge Schaal voor de persoonlijke pijnregistratie

