



Screenings formulier DTP

Achternaam _____ **Man/Vr.**

Voorletters _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Algemeen

1. Heeft u kort geleden een ongeval of iets gebroken gehad? ja nee
2. Heeft u koorts? ja nee
3. Bent u in korte tijd veel afgevallen (meer dan 5 kilo in een maand)? ja nee
4. Gebruikt u langdurig corticosteroïden (ontstekingsremmers)? ja nee
5. Ervaart u pijn die niet afneemt in rust of bij het anders gaan zitten, liggen of staan? ja nee
6. Heeft u pijn die 's nachts aanwezig blijft of zelfs erger wordt? ja nee
7. Bent u onder behandeling bij een oncoloog (geweest)? ja nee
8. Heeft u het gevoel van algehele malaise? ja nee
9. Heeft u last van verlammingen of andere neurologische aandoeningen? ja nee

Toevoeging met betrekking tot regio lage rug

1. Is er sprake van veranderingen in de vorm van uw gewrichten of botten, die u uiterlijk kunt zien? ja nee
2. Krijgt u medicijnen toegediend via infuus? ja nee
3. Heeft u last van incontinentie (geen drang om naar de wc te gaan)? ja nee
4. Heeft u last van verlamming(en) in de benen? ja nee

