**Inschrijfformulier PasoCaribe**

Enkel de noodzakelijke velden invullen

Geslacht m v (doorhalen wat niet van toepassing is)

Voorvoegsel

Voornaam

Achternaam

Telefoonnummer

E-mailadres

Geboortedatum

Adres

Persoonsnummer

Huisarts

Zorgverzekering

Beroep

**Wat is voor u van toepassing?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Risicovoet

Reuma

Bloedverdunners

Hart- en vaatziekten

Oncologie

Allergie

Diabeet

Orthese

Steunzolen

Elastische kousen

S.O.S./O.S.

Bijzonderheden

Schoenmaat

**Heeft u een kunstgewricht?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Ja

Nee

Zo ja, welke/waar?

**Hulpmiddelen** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Braces

Kruk/stok

Rollator/rolstoel

**Zijn er op dit moment voetproblemen?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Ja

Nee

Omschrijving

**Wat is voor u van toepassing?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Pijn

Vermoeidheid

Stijfheid

Anders

**Sinds wanneer zijn de klachten aanwezig?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Acuut (sinds 24 uur)

Sub-acuut (korter dan 6 weken)

Chronisch (langer dan 6 weken)

Nooit klachtenvrij

Met klachtenvrije perioden

**Wanneer treden de klachten op?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Tijdens rust

Tijdens activiteiten

Tijdens het dragen van schoeisel

Er is sprake van ochtendstijfheid

Er is sprake van startstijfheid

Er is bewegingsbeperking

**Wanneer verminderen de klachten?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

In rust

Tijdens beweging

Na warmte

Na koeling

Met schoeisel

Zonder schoeisel

**Andere klachten?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Vermoeidheid

Vermagering

Koorts

Medicatie

**Bent u onder behandeling van een andere disciplines?** (doorhalen wat niet van toepassing is)

Diabetesverpleegkundige

Praktijkondersteuner

Huisarts

Internist

Podotherapeut

Diabetes Poli

Oncoloog

Anders