

Centrum **Therapeutisch Lichaams Management**

Gieterijstraat 3 - 8700 Tielt - info@ctl-tielt.be - 051 / 40 36 31

Geachte Patiënt / Cliënt,

Het CTL wil zijn patiënten / cliënten op de meest excellente wijze behandelen, begeleiden en ondersteunen bij het herwinnen van hun welzijn en gezondheid. Therapie is teamwork: patiënt / cliënt én therapeut leggen samen een stuk weg af langs het genees- en hersteltraject. Therapie is samen op reis gaan.

Wij willen die therapeutische reis voor u graag zo veilig en aangenaam mogelijk maken en willen graag samen met u tot een optimaal eindresultaat komen. Een goede voorbereiding kan aanzienlijk bijdragen tot een aangename reiservaring. Daarom vragen wij u om dit patiënt / cliënt formulier zo volledig en correct mogelijk in te vullen.

Alle informatie die u op dit formulier aan ons meedeelt, wordt beschermd door de wet op de privacy. Ze wordt uitsluitend gebruikt om u zo goed mogelijk te kunnen helpen, en wordt onder geen beding beschikbaar gesteld of op welke wijze dan ook kenbaar gemaakt aan derden.

Wil dit formulier meebrengen wanneer u zich voor behandeling bij het CTL aanmeldt.

Bart & Dieter, CTL-therapeuten

Patiënt/Cliënt gegevens

Datum:

Naam:

Adres: (straat & huisnummer)

Woonplaats: Postnummer:

Telefoon / GSM: /

e-mail:

Klever mutualiteit

Huisarts gegevens

Naam:

Adres: (straat & huisnummer)

Woonplaats: Postnummer:

Telefoon / GSM: /

Hulpvraag patiënt/cliënt

Hier vragen wij u aan te geven wat aanleiding tot de hulpvraag is, en welke resultaten u met therapie hoopt te bereiken.

Aanleiding tot hulpvraag / verwijfsreden :

.....

Welke resultaten beoogt u met therapie te bekomen, waaraan gaat u heel concreet merken dat u uw doelstellingen hebt gehaald ?

.....

.....

Gezondheidsprobleem dat heeft geleid tot de hulpvraag / verwijzing voor therapie.

Omschrijf IN UW WOORDEN zo kernachtig mogelijk wat uw bijzonderste klachten (pijn en andere symptomen, hinder bij het uitvoeren van activiteiten, andere ..) zijn, zoals ze gemiddeld waren gedurende de laatste 7 dagen.

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

Hoe lang heeft u dit probleem?

Wanneer uw hulpvraag te maken heeft met een chirurgische ingreep of met een ongeval, of met een andere voorval wil dan graag de datum van deze ingreep / dit ongeval / dit voorval vermelden.

Wanneer u reeds eerder een periode met dezelfde / soortgelijke klachten heeft doorgemaakt, wil dan vermelden hoe lang het geleden is dat u nog zo'n periode hebt doorgemaakt.

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

Wat (activiteiten, omstandigheden, ..) maakt uw toestand erger / doet de klachten toenemen ?

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

Wat (activiteiten, omstandigheden, ..) maakt uw toestand beter / doet de klachten afnemen ?

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

Welke behandeling(en) / therapie heeft u eerder reeds geprobeerd om tot een oplossing van uw gezondheidsprobleem te komen? Met welk resultaat ?

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

Welke medicatie gebruikt u voor dit gezondheidsprobleem / deze aandoening?

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

Duid op de tekening aan WAAR uw ergste pijn zich bevindt, alsook eventuele uitstralingspijn.

Indien mogelijk: geef in één of twee woorden aan HOE u die pijn of andere klacht het best kunt beschrijven, bijvoorbeeld: kloppend, brandend, scherp, vaag, diep, oppervlakkig, lijnvormig, als een grote vlek, ...

