

Anamneseformulier voetzorg bij diabetes / suikerziekte

Wilt u het ingevulde formulier bij uw eerste bezoek meenemen?

Algemeen	nee	ja
Wat is de reden van uw verwijzing? <input type="text"/>		
Heeft u eerder (inleg)zolen gedragen? Zo ja, voor welke klacht? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u botbreuken of blessures aan voeten, benen of lage rug gehad? Zo ja, welke en wanneer? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u operaties aan voeten, benen of lage rug gehad? Zo ja, welke en wanneer? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u hulpmiddelen als rolstoel, stok, kruk, rollator, steunkousen? Zo ja, welke? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn er erfelijke aandoeningen aanwezig? (onder andere hart- en vaatziekten) Zo ja, welke? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u medicijnen voor andere aandoeningen dan diabetes? (bijvoorbeeld medicatie voor hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol, ontstekingsremmers, chemotherapie) Zo ja, welke? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u verder onder medische behandeling? Zo ja, bij welke arts/therapeut? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw dagelijkse bezigheden zijn: <input type="radio"/> zittend / <input type="radio"/> lopend / <input type="radio"/> afwisselend		
Doet u aan sport? Zo ja, wat en hoe vaak? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat is uw hulpvraag? <input type="text"/>		

Algemeen diabetes / suikerziekte

Sinds wanneer heeft u diabetes? <input type="text"/>		
Hoe is uw diabetes ontdekt? <input type="text"/>		
Wat is de behandeling van uw diabetes? <input type="radio"/> dieet / <input type="radio"/> tabletten / <input type="radio"/> insuline		
Welke medicatie gebruikt u voor uw diabetes? <input type="text"/>		
Hoe hoog zijn uw bloedsuikerspiegels gemiddeld? HbA1c: <input type="radio"/> <7% / <input type="radio"/> 7-9% / <input type="radio"/> 9-11% / <input type="radio"/> >11% / <input type="radio"/> zeer wisselend		
Wie is uw praktijkondersteuner of internist? <input type="text"/>		
Hoe vaak wordt u gecontroleerd? 1x per <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> weken / <input type="radio"/> maanden	nee	ja
Heeft u complicaties aan de ogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u uw voeten goed zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Worden uw ogen periodiek gecontroleerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u complicaties aan de nieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u complicaties aan het hart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe is uw leefsituatie op dit moment? <input type="radio"/> alleenstaand / <input type="radio"/> partner / <input type="radio"/> gezin / <input type="radio"/> anders, nl <input type="text"/>		
Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u alcohol? <input type="checkbox"/> regelmatig <input type="checkbox"/> soms <input type="checkbox"/> nooit		

Wie verzorgt uw voeten? zelf / huisgenoot / pedicure, om de weken

Indien van toepassing: wie is uw pedicure?

Wat voor soort schoeisel draagt u over het algemeen?

Wat draagt u binnenshuis?

schoenen / slippers / sloffen / kousen / blootsvoets

Neuropathie

	nee	ja
Heeft u last van brandende, zeurende pijn in uw benen en/of voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van prikkelende /tintelende gevoelens in benen en/of voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van dove plekken in benen en/of voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van erg warme of koude voeten, anders dan voorheen, terwijl ze dit in werkelijkheid niet zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van transpirerende voeten of heel droog, anders dan voorheen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van een droge, schilferige huid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van uw evenwicht tijdens het lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u last van rusteloze benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is de stand van uw voeten en/of tenen veranderd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vascularisatie

Heeft u last van koude voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u pijn in kuit, dijbeen of bil met lopen, welke bij stilstaan weer verdwijnt? Zwaar beklemmend gevoel in het been?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: kunt u minder dan 100 m lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En kunt u dan binnen 10 minuten weer verder lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u pijn in 1 of beide benen in rust, welke bij afhangen van het been weer verdwijnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u op het moment een ulcus (wond) of eerder gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, waar? <input type="text"/>		
Duur wondgenezing: <input type="text"/> <input type="radio"/> dagen / <input type="radio"/> weken / <input type="radio"/> maanden		
Heeft u een amputatie gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overige bijzonderheden anamnese