

Naam:

Geboortedatum:

Voetonderzoek podotherapie bij suikerziekte

Algemeen

Heeft u botbreuken of blessures aan voeten, benen of lage rug gehad? <i>Zo ja, welke en wanneer?</i>	ja / nee
Heeft u operaties aan voeten, benen of lage rug gehad? <i>Zo ja, welke en wanneer?</i>	ja / nee
Heeft u een ulcus (langdurige wond) gehad aan uw voet? <i>Zo ja, waar en wanneer?</i>	ja / nee
Heeft u een amputatie gehad? <i>Zo ja, waar en wanneer?</i>	ja / nee
Gebruikt u hulpmiddelen als rolstoel, stok, kruk, rollator, steunkousen? <i>Zo ja, welke?</i>	ja / nee
Heeft u eerder (inleg)zolen of orthopedisch schoeisel gedragen? <i>Zo ja voor welke klacht?</i> <i>Draagt u deze nog steeds?</i>	ja / nee
Gebruikt u verder hulpmiddelen aan de voeten? <i>Zo ja, welke?</i>	ja / nee

Uw diabetes / suikerziekte

Sinds wanneer heeft u diabetes?	
Hoe is uw diabetes ontdekt?	
Welke behandeling heeft u voor uw diabetes?	dieet / tabletten / insuline
Welke medicatie gebruikt u voor uw diabetes?	
Hoe hoog zijn uw bloedsuikerspiegels gemiddeld? HbA1c: <7% / 7-9% / 9-11% / >11% / zeer wisselend	
Wie is de behandelaar van uw diabetes?	
Hoe vaak wordt u gecontroleerd?	1x per weken / maanden
Heeft u complicaties aan de ogen?	ja / nee
Is het zicht op uw voeten beperkt?	ja / nee
Worden uw ogen jaarlijks gecontroleerd?	ja / nee
Heeft u complicaties aan de nieren?	ja / nee
Heeft u complicaties aan het hart?	ja / nee
Hoe is uw leefsituatie op dit moment? alleenstaand / partner / gezin / anders, namelijk:	
Rookt u?	ja / nee
Gebruikt u alcohol?	regelmatig / soms / nooit

Wat voor soort schoeisel draagt u over het algemeen?

Wat draagt u binnenshuis aan uw voeten?

Wie verzorgt uw voeten? **zelf / huisgenoot / pedicure, om de ... weken**
Indien van toepassing: *wie is uw pedicure?*

Wat zijn uw dagelijkse bezigheden? Doet u aan sport?

Algemene medische behandeling

Zijn er erfelijke aandoeningen aanwezig? (onder andere hart- en vaatziekten)
Zo ja, welke? **ja / nee**

Bent u verder onder medische behandeling?
Zo ja, bij welke arts / therapeut? **ja / nee**

Gebruikt u medicijnen voor andere aandoeningen dan diabetes?
(bijvoorbeeld medicatie voor hoge bloeddruk, verhoogd cholesterol,
ontstekingsremmers, chemotherapie) **ja / nee**
Zo ja, voor welke aandoeningen?

Zenuwen

Voelt u een brandende / zeurende pijn in uw benen en/of voeten? **ja / nee**

Voelt u een prikkelend / tintelend gevoel in uw benen en/of voeten? **ja / nee**

Voelt u een doof gevoel in uw benen en/of voeten? **ja / nee**

Heeft u het gevoel dat u erg warme of koude voeten heeft, terwijl ze dit
eigenlijk niet zijn? **ja / nee**

Zijn uw voeten heel droog of transpirerend, anders dan voorheen? **ja / nee**

Heeft u een droge, schilferige huid? **ja / nee**

Is uw gevoel voor evenwicht verminderd? **ja / nee**

Heeft u rusteloze benen? **ja / nee**

Is de stand van uw voeten / tenen veranderd? **ja / nee**

Bloedvaten

Heeft u werkelijke koude voeten? **ja / nee**

Heeft u kramp of een beklemmend gevoel in kuit, dijbeen of bil
tijdens het lopen, wat bij stilstaan weer verdwijnt? **ja / nee**

Zo ja, kunt u meer dan 100 meter lopen? **ja / nee**

Zo ja, kunt u binnen 10 minuten weer verder lopen? **ja / nee**

Heeft u pijn in 1 of beide benen **in bed**, wat verdwijnt bij het laten hangen
van het been? **ja / nee**

Hoe lang duurt het voordat een wondje geneest? **enkele dagen / weken / maanden**

Overige klachten / hulpvraag