




Algemeen (kan weggelaten worden als het al in het dossier staat!)

Leeftijd / geboortedatum cliënt: _____ Geslacht cliënt: <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw BSN: _____	Naam OST: _____ Datum van invullen: / / 20.....
--	--



0 Kennisnemen van verwijzing

S.v.p. invullen gegevens verwijsbrief (niet nodig bij gezamenlijk spreekuur: geen 'verwijzing') Naam verwijzer: _____ Medische/verwijsdiagnose (in vrije tekst)  _____ Oplossingsrichting / soort voorziening _____ <small>Als het gaat om confectie verbandschoen(en) kan direct worden doorgegaan naar IV / blz. 3</small> Overige verwijsggegevens _____	Keuze door OST o.b.v. verwijsdiagnose Het best passende indicatiegebied?  <input type="checkbox"/> diabetische voet <input type="checkbox"/> reumatische voet <input type="checkbox"/> degeneratieve voet <input type="checkbox"/> perifere neurologische voet <input type="checkbox"/> centraal neurologische voet <input type="checkbox"/> posttraumatische voet <input type="checkbox"/> algemeen
Aandoeningen (incl. nevenpathologie) <input type="checkbox"/> diabetes _____ <input type="checkbox"/> reumatoïde artritis _____ <input type="checkbox"/> HMSN _____ <input type="checkbox"/> artrose _____ <input type="checkbox"/> cerebrale parese _____ <input type="checkbox"/> plantaire fasciitis _____ <input type="checkbox"/> hemiplegie _____ <input type="checkbox"/> exostose / osteofyten _____ <input type="checkbox"/> neuromusculaire aandoening _____ <input type="checkbox"/> letsel door trauma _____ <input type="checkbox"/> perifere angiopathie / vaatlijden _____	Toelichting: _____ _____ _____

I Hulpvraag

Wat is de hulpvraag van de cliënt  (waarom komt de cliënt bij de OST?) (in de eigen woorden van de cliënt)

II Zorgvraag formuleren / afnemen anamnese & doen van onderzoek
 Medische factoren, participatie, algemene stoornissen en persoonlijke factoren, omgevingsfactoren

(Overige) aandoeningen, genoemd door cliënt?  <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ulcera in het verleden _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Relevante operaties genoemd door cliënt?  <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja amputatie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> teen 1 2 3 4 5 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> voorvoet _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ overige operaties <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> artrodese enkel _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heuoperatie _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> knieoperatie _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> achillespeesverlenging _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Toelichting: _____ _____ Participatieproblemen - aankruisen indien relevant <input type="checkbox"/> in werk _____ <input type="checkbox"/> in school / opleiding _____ <input type="checkbox"/> in vrije tijd en recreatie, incl. sport en hobby's _____ <input type="checkbox"/> zelfverzorging (ADL) _____ <input type="checkbox"/> huishouden _____ <input type="checkbox"/> _____	Beperkingen - aankruisen indien relevant Beperkingen in <input type="checkbox"/> lopen / verplaatsen binnenshuis _____ <input type="checkbox"/> loopt met loophulpmiddel* _____ <input type="checkbox"/> loopt met rollator _____ <input type="checkbox"/> verplaatst zich met rolstoel _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> lopen/verplaatsen korte afstanden buitenshuis (< 1 km) <input type="checkbox"/> loopt met loophulpmiddel* _____ <input type="checkbox"/> loopt met rollator _____ <input type="checkbox"/> verplaatst zich met rolstoel _____ <input type="checkbox"/> verplaatst zich met scootmobiel _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> lopen/verplaatsen lange afstanden (>1 km) <input type="checkbox"/> loopt met loophulpmiddel* _____ <input type="checkbox"/> loopt met rollator _____ <input type="checkbox"/> verplaatst zich met rolstoel _____ <input type="checkbox"/> verplaatst zich met scootmobiel _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> lopen op oneffen terrein _____ <input type="checkbox"/> _____ * stok / kruk / vierpoot Overige beperkingen in <input type="checkbox"/> handhaven staande houding, incl. stabalans _____ <input type="checkbox"/> opstaan vanuit zit _____ <input type="checkbox"/> transfers _____ <input type="checkbox"/> traplopen _____ <input type="checkbox"/> fietsen _____ <input type="checkbox"/> autorijden _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> handvaardigheid _____ <input type="checkbox"/> aan-/uittrekken schoeisel _____ <input type="checkbox"/> communicatie _____ <input type="checkbox"/> _____	Algemene stoornissen en persoonlijke factoren - invullen indien relevant <input type="checkbox"/> ernstig overgewicht (obesitas) _____ <input type="checkbox"/> ernstige visusstoornissen _____ <input type="checkbox"/> mentale ontwikkelingsstoornissen _____ <input type="checkbox"/> overig (bijv. leefstijl) _____ Omgevingsfactoren van invloed op functioneren - aankruisen indien relevant <input type="checkbox"/> arbeidssituatie _____ overige zorg / hulp <input type="checkbox"/> fysiotherapie _____ <input type="checkbox"/> podotherapie _____ <input type="checkbox"/> pedicure _____ <input type="checkbox"/> _____ Voet-/schoenvoorzieningen die al zijn geprobeerd _____ Andere voet-/schoenvoorziening die wordt gebruikt _____ overige hulpmiddelen die al worden gebruikt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> elastische kousen _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> orthese _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> prothese _____ <input type="checkbox"/> _____ Ruimte voor andere omgevingsfactoren _____ _____
--	--	--

II Zorgvraag formulieren / afnemen anamnese & doen van onderzoek – Stoornissen

Pijn aanwezig?

nee ja

pijn onderbeen en voet

- oppervlakkige pijn: onderbeen / hele voet / middenvoet / voorvoet / _____
- diepe pijn: onderbeen / hele voet / middenvoet / voorvoet / _____
- pijn bij bewegen: onderbeen / hele voet / middenvoet / voorvoet / _____
- pijn litteken _____

pijn elders

- rugpijn _____
- _____

Sensibiliteitsstoornis?

nee ja

- verminderde sensibiliteit been _____
- overgevoeligheid been _____
- verminderde sensibiliteit voet _____
- overgevoeligheid voet _____

Beenlengteverschil?

nee ja

- rechts korter dan links: _____ cm
- links korter dan rechts: _____ cm

Afwijkend beeld bij gaan/staan?

nee ja

- asymmetrische gang
- loopt langzaam
- maakt kleine stappen
- wikkelt niet af
- afwijkende stand/beweging heup bij gaan
- afwijkende stand/beweging knie bij gaan
- afwijkende lichaamshouding bij gaan
- afwijkende lichaamshouding in stand
- _____

Overige aandoeningen / stoornissen?

nee ja

- drukplekken _____
- likdoorns _____
- ulcera: hiel / voorvoet / teen / _____
- doorbloedingsstoornissen _____
- zwelling /oedeem
- wisselend
- structureel
- droge huid
- MTP-kopjes goed voelbaar
- dunne huid
- versterkte eeltvorming: hiel / tarsaal / MTP I / MTP II / MTP III / MTP IV / MTP V / IP
- versterkte zweetvorming _____
- stoornissen nagelgroei _____
- _____
- _____

Stoornissen stand/vorm voet?

nee ja

stand / vorm **voet als geheel**

- platvoet (pes planus) _____
- platknikvoet (pes planovalgus) _____
- brede voorvoet (pes transversoplanus) / spreidvoet _____
- holvoet (pes cavus) _____
- Charcot voet _____
- spitsvoet (pes equines) _____
- spitsvarusvoet (pes equinovarus) _____
- klompvoet _____

stand / vorm **enkel**

- _____

stand / vorm **delen voet**

- valgusstand achtervoet _____
- naar mediaal prominierende talus _____
- diepstand 1^o straal _____
- abductiestand voorvoet _____
- adductiestand voorvoet _____
- varustand voorvoet _____
- hamertenen / klauwtenen _____
- hallux valgus (bunion) _____
- overrijdende tenen _____
- _____

Stoornissen beweeglijkheid / stabiliteit

voetgewrichten?

nee ja

verminderde beweeglijkheid voetgewrichten

- alle voetgewrichten _____
- bovenste spronggewricht _____
- onderste spronggewricht _____
- intertarsale gewrichten _____
- TMT gewrichten _____
- MTP 1 / hallux limitus / rigidus _____
- _____

vermeerderde beweeglijkheid (hyperlaxiteit) voetgewrichten

- alle voetgewrichten _____
- _____

overig

- _____
- _____

Spierstoornissen onderste extremititeit

nee ja

- verminderde spierkracht _____
- hypertonie (overmatige spieractiviteit) _____
- hypotonie (paretische spieren) _____
- atrofie _____
- verminderd spierhoudingsvermogen _____
- verkorte achillespees / kuitspieren _____
- _____

Stoornissen heupgewricht?

nee ja

- verminderde beweeglijkheid _____
- _____

Stoornissen kniegewricht?

nee ja

- afwijkende stand: varus- / valgus- / hyperextensie- / flexiestand _____
- verminderde beweeglijkheid _____
- vermeerderde beweeglijkheid _____
- dynamische instabiliteit _____
- _____

Ruimte voor stoornissen overige gewrichten of gewrichten in het algemeen

- _____
- _____
- _____

Huidig schoeisel

- afwijkend patroon hakslijtage _____
- afwijkend patroon zoolslijtage lateraal _____
- afwijkend patroon zoolslijtage mediaal _____
- tekortschietende pasvorm _____
- onvoldoende stabiliteit _____
- _____

Resultaten specifieke tests / metingen

(o.a. drukmeting)

- _____
- _____

Functionaliteitsdiagnose / samenvatting van de voor de OST belangrijkste aspecten van het functioneren van de cliënt

- _____
- _____
- _____

Prognose functioneren

- _____
- _____

III Bepalen oplossingsrichting

Dat wat de voorziening moet doen in de ogen van de gebruiker: er moet minimaal één item worden aangekruist! ⚠

Welke beperkingen moeten **VOLGENS DE CLIËNT** door de voet-/schoenvoorziening worden verminderd dan wel welke activiteiten moeten ondersteund worden of mogelijk blijven

- verhogen activiteitsniveau i.h.a. _____
- behouden activiteitsniveau i.h.a. _____
- handhaven van staande houding, incl. stabalans _____
- lopen van korte afstanden (< 1 km, incl. binnenshuis lopen) _____
- lopen van lange afstanden (>1 km) _____
- lopen op oneffen terrein _____
- traplopen _____
- fietsen _____
- autorijden _____
- zelfstandig aan-/uittrekken schoeisel _____
- _____

Welke stoornissen moeten **VOLGENS DE CLIËNT** door de voet-/schoenvoorziening worden verminderd dan wel welke functies moeten worden ondersteund?

- verlichten pijn _____
- omgaan met standsafwijkingen _____
- verminderen te grote bewegingsuitslag gewricht _____
- compenseren van te zwakke spieren _____
- in bedwang houden overmatig actieve spieren _____
- compenseren voor afwijkende lengte of vorm van segment _____
- beschermen weefsel _____
- bevorderen genezing _____
- _____

GO-NO-GO: voet-/fis schoenvoorziening geschikt om bovenstaande doelen te realiseren? ⚠ (één antwoord)

- nee: in kennis stellen verwijzer onduidelijk: contact opnemen met verwijzer ja: ga naar 'opstellen programma van eisen'

Datum contact verwijzer: ____/____/2010 resultaat contact verwijzer: _____

NB deze activiteit moet worden doorlopen totdat er sprake is van 'go' dan wel tot de beslissing, samen met verwijzer, om af te zien van schoenvoorziening

IV Opstellen programma van eisen (PvE)

Dit is aangrijpingspunt van voorziening ⚠

- onderbeen _____
- gehele voet _____
- achtervoet _____
- middenvoet _____
- voorvoet _____
- _____
- _____

Voor deze belasting moet voorziening geschikt zijn ⚠ (één antwoord)

- lage belasting (kleine krachten / gewicht en/of beperkt staan en lopen) _____
- normale belasting (normale krachten / gewicht en/of normaal staan en lopen) _____
- hoge belasting (grote krachten / gewicht en/of intensief staan en lopen) _____
- tijdelijk gebruik _____
- behandeling _____
- _____

Dit is de gewenste functionaliteit van voorziening ⚠

- voorkomen standsafwijking _____
- reduceren standsafwijking _____
- accepteren / stabiliseren standsafwijking _____
- verminderen bewegingsuitslag _____
- compenseren te geringe spieractiviteit: _____
- in bedwang houden effect overmatige spieractiviteit: _____
- aanvullen / vervangen botdelen: _____
- aanpassen i.v.m. benige deformatie: _____
- verminderen / herverdelen van belasting: _____
- _____

Welke aanpassingen / technische oplossingen zijn nodig?

(uitgaande van aangrijpingspunt, belasting en gewenste functionaliteit) (zoals uitgebreider vermeld op productiefomulier!!)

voetbed (voetzoolorthese)

- confectievoetbed: half / driekwart / volledig _____
- op maat gemaakt voetbed: half / driekwart / volledig _____
- keerwand _____
- _____

Hakaanpassing

- hakzoolverhoging / aangepaste verhouding hak en zool _____
- hakschoring / geschoorde hak: lateraal / mediaal _____
- afgeronde hak: lateraal / mediaal _____
- bufferhak _____
- _____

zoolaanpassing

- zoolversteving / -stijving _____
- schoring zool _____
- _____

schachtaanpassing

- aangepast inschot: ver naar distaal / ruim inschot / _____
- aanpassingen sluiting _____
- afwerking / geen naden in voorblad _____
- _____

afwikkeling

- kunstmatig distale (vertraagde) afwikkeling _____
- kunstmatig proximale (versnelde) afwikkeling _____
- richtingsturende afwikkeling _____
- _____

overige aanpassingen

- enkelversteving / -stijving: lateraal / mediaal / rondom _____
- leestaanpassing: personal pair leest aanpassing _____
- leestaanpassing: individuele leest naar maat gemaakt _____
- _____

Kenmerken gerelateerd aan cosmetiek: _____

Andere kenmerken (gerelateerd aan bv. comfort, duurzaamheid, flexibiliteit, isolatie, vochtregulatie, gewicht) (incl. materiaal): _____

Overige gegevens PvE / toelichting op PvE _____

V Selecteren van het juiste product & beslissen (incl. maken / aanpassen en uitproberen)

Keuze voor soort voet-/schoenvoorziening o.b.v. PvE

Geprefabriceerde voorziening zonder aanpassing mogelijk?

⚠ (één antwoord)

ja nee

Motivatie 'nee' ⚠



confectieschoenen _____

verbandschoen confectie _____

Geprefabriceerde voorziening met aanpassing mogelijk? ⚠ (één antwoord)

ja nee

Motivatie 'nee' ⚠



confectieschoenen _____

allergeenvrije schoenen _____

veiligheidsschoenen (confectie) _____

OSB laag _____

OSB hoog _____

verbandschoen individueel _____

volledig naar maat gemaakt



orthopedische werkschoenen _____

OSA laag _____

OSA hoog _____

OSA extra hoog _____

voorlopige orthopedische schoenen VLOS _____

onderbeen-voetkoker _____

Motivatie voor hoog of extra hoog

(⚠ indien van toepassing) _____

Clïent gemotiveerd voor dragen van (aangepast) schoeisel: ja nee Toelichting _____

Geven van informatie aan cliënt over de mogelijke financiële consequenties voor hem / haar zelf en de financieringsmogelijkheden

Go-no-go besluit ⚠ (één antwoord)

akkoord cliënt met PvE & productkeuze

niet akkoord cliënt met PvE & productkeuze: terug naar eerdere stap vervolgactie: _____

Als gekozen is voor geprefabriceerd



Keuze maken uit beschikbare seriematig vervaardigde schoenen

(Laten) aanschaffen schoenen (één antwoord)

schriftelijk advies aan cliënt / cliënt schaft zelf confectieschoenen aan

OST levert/bestelt schoenen

Als gekozen is voor geprefabriceerd met aanpassing



Keuze maken uit beschikbare seriematig vervaardigde schoenen

(Laten) aanschaffen schoenen (één antwoord)

schriftelijk advies aan cliënt / cliënt schaft zelf confectieschoenen aan

OST levert/bestelt schoenen

Aanpassingen binnen specificaties fabrikant?

⚠ (één antwoord)

ja _____

nee _____

(Laten) maken van aanpassingen

Als gekozen is voor volledig naar maat gemaakt



(Laten) maken benodigde (tussen)producten: afdruk / individuele leest / voetbed / passchoen / proefschoen /

Controleren (tussen)producten

Testen in passituatie en controleren aanpassingen

(Laten) maken voorziening

VI Leveren & instrueren

Passen: controleren of voorziening voldoet* (één antwoord)

voorziening voldoet niet

bijstellen voorziening* _____

voorziening voldoet

leveren definitieve voorziening _____

* deze activiteit moet zo nodig vaker worden doorlopen

Overhandigen gebruiksaanwijzing en geven onderhoudsinstructie

Overleggen met verwijzer over door cliënt te volgen therapie

Aard training: _____

VII / VIII Evalueren (incl. gebruiken)

Datum evaluatie / / 20.....

Type nazorg _____

Resultaat

Doelen gehaald? ja nee deels _____

Clïent tevreden met proces? ja nee deels _____

Clïent tevreden met voorziening? ja nee deels _____

Toelichting: _____

Afsluiten behandelperiode

Ruimte voor opmerkingen