

Intakeformulier Massagepraktijk Koetsier

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam:		
Adres:		
Postcode/woonplaats:		
Telefoon:		
Mobiel:		
E-mail:		
Geboortedatum:		
Beroep:		

DOEL/VERWACHTINGEN MASSAGETHERAPIE

Wat is uw doel of wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot de massage?

.....

Heeft u momenteel ergens pijn? Zo ja, hoe lang heeft u al pijn? Waar denkt u dat de pijn door komt? Lig je 's nachts wakker door de pijn? Wat is er al gedaan aan de pijn?

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

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Welke ziektes of gezondheidsproblemen heeft u of heeft u ooit gehad? (Denk o.a. schildklier, huidaandoeningen, diabetes, kanker, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, rugpijn, hoofdpijn, migraine, reumatische aandoeningen, psychische problemen etc.)

.....
.....

Hebt u ooit iets gebroken? Wat en wanneer?

.....

Hebt u ooit een operatie ondergaan? Waarvoor en wanneer?

.....

Bent u ergens allergisch voor?

.....

Gebruikt u medicijnen? Welke medicijnen en waarvoor? Indien ja, dosering is nu goed?

.....
.....

Gebruikt u vitamines/voedingssupplementen? Welke en waarvoor?

.....

Staat u onder behandeling van een specialist (dokter, psycholoog etc.)? Zo ja waarvoor

.....

Allen voor vrouwen: Bent u op dit moment (mogelijk) zwanger? Hoeveel weken?

.....

Zijn er andere belangrijke zaken m.b.t. uw gezondheid die u nog niet genoemd heeft?

.....

LEEFGEWOONTES

Hoeveel uur per week sport u ?

Rookt u? Zo ja hoeveel per dag ?

Drinkt u? Zo ja hoeveel per dag ?

Ondervindt u veel stress thuis (schaal van 1-10)? :

Ondervindt u veel stress op het werk (schaal van 1-10)? :

Hoe is het energie niveau nu (schaal van 1-10) ? :

OVEREENKOMST MASSAGETHERAPEUT - CLIËNT

Ik bevestig dat ik de bovenstaande verklaring heb gelezen en besproken met mijn behandelaar. Ik ben me ervan bewust dat de behandeling niet diagnostisch of genezend is, en ook niet dient als geneeswijze of vervanging van medische behandeling. Ik bevestig dat ik geen informatie heb weggelaten over mijn gezondheid die wel zou moeten worden onthuld, en ik aanvaard de volledige verantwoordelijkheid voor het op de hoogte stellen van mijn behandelaar van eventuele veranderingen in mijn medische omstandigheden die zich in de toekomst kunnen voordoen.

Handtekening cliënt:

Datum:

Handtekening massagetherapeut:

Datum: