

Intakeformulier Son Sport- en Wellness Massage

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geslacht:	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
Geboortedatum:	
Beroep:	

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Hebt u een van de volgende aandoeningen? <input type="radio"/> Astma <input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Trombose <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Epilepsie <input type="radio"/> Fibromyalgie <input type="radio"/> Hart- en vaatziekten <input type="radio"/> Hernia <input type="radio"/> Hoge bloeddruk/ Lage bloeddruk <input type="radio"/> Acne <input type="radio"/> Luchtwegproblemen, namelijk		<input type="radio"/> koorts <input type="radio"/> Kanker <input type="radio"/> Migraine/hoofdpijn <input type="radio"/> Osteoporose <input type="radio"/> Psychische problemen <input type="radio"/> Rugklachten <input type="radio"/> Reuma <input type="radio"/> Nek- en schouderklachten <input type="radio"/> Spataderen <input type="radio"/> Steenpuisten <input type="radio"/> Huidaandoening, namelijk
Probeert u zwanger te raken of bent u zwanger, zo ja hoeveel weken?		
Staat u onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog etc.)?		
Gebruikt u medicijnen, zo ja waarvoor, welke?		
Bent u ergens allergisch voor? (citrus, noten, crèmes, lotions, parfums)		
Hebt u een gevoelige huid?		
Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot uw gezondheid die uw massagetherapeut dient te weten?		

Zijn er delen van uw lichaam waarvan u wilt dat ze niet gemasseerd worden?

.....

Overige opmerkingen/aantekeningen:

.....

LEEFGEWOONTES

Wat voor soort werk doet u?

- Zittend
- Staand
- Licht fysieke arbeid
- Zwaar fysieke arbeid

Hoeveel uur per week werkt u?

Rookt u?

- Ja
- Nee

Sport u regelmatig?

- Ja
- Nee

Zo ja, Welke sport(en) beoefent u en hoe vaak?

.....

PROBLEEMOMSCHRIJVING EN DOELSTELLING BEHANDELING

Wat is uw doel of wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot deze massagebehandeling?

.....

Hebt u op het moment last van pijn of ongemak?

.....

Hoe vaak hebt u last van deze pijn of dit ongemak?

- Voortdurend
- Af en toe
- Alleen bij bepaalde bewegingen, namelijk

.....

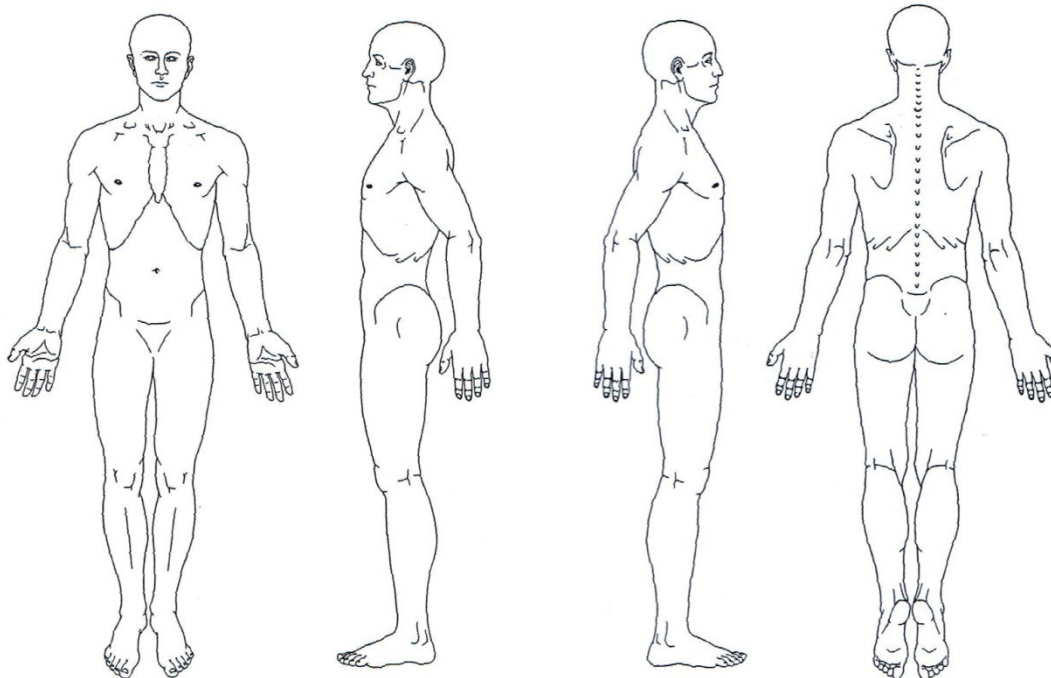
Sinds hoe lang bestaat de klacht (plotseling / geleidelijk / door bepaalde gebeurtenis)?

.....

Wanneer heb je het meeste last van de klacht ('s ochtend/s 'avonds, bij beweging/rust, thuis/op het werk)?

.....

Geef met een kruisje de gebieden aan waar u klachten hebt of op welke gebieden u tijdens de massagebehandeling graag de nadruk wilt leggen?



OVEREENKOMST MASSEUR - CLIËNT

Met het tekenen van dit formulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Ik verklaar dat ik geen informatie heb achtergehouden die van invloed kan zijn op mijn behandeling. Tussentijdse veranderingen zal ik direct doorgeven aan de massagetherapeut.

Ik begrijp dat deze massagetherapie enkel ontspanning en het verminderen van spierspanning tot doel heeft. Het is geen vervanging voor medisch onderzoek of het stellen van een medische diagnose. Deze massagetherapie mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal de massagetherapeut het direct laten weten als ik tijdens de massagebehandeling pijn of ongemak ervaar.

Met het ondertekenen van dit formulier verklaar je akkoord te gaan met het vastleggen en verwerken van persoonlijke gegevens welke in de privacyverklaring vermeld staan en weet te hebben van je rechten welke betrekking hebben op de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

Handtekening cliënt: Datum:

Handtekening masseur: Datum: