

Intakeformulier

PERSOONLIJKE GEGEVENS

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

HOE HEBT U ONS GEVONDEN?

| |
|--|
| <input type="radio"/> Via een zoekmachine <input type="radio"/> Via social media <input type="radio"/> Via een advertentie <input type="radio"/> Via vrienden/familie <input type="radio"/> Anders, |
|--|

MEDISCHE GESCHIEDENIS

| | |
|--|---|
| Hebt u een van de volgende aandoeningen? | |
| <input type="radio"/> Astma | <input type="radio"/> Huidaandoening, namelijk |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Kanker |
| <input type="radio"/> Luchtwegproblemen, namelijk | <input type="radio"/> Koorts |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Botbreuken/kneuzingen | <input type="checkbox"/> Migraine/hoofdpijn |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Psychische problemen |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Rugklachten |
| <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | <input type="checkbox"/> Reuma |
| <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Nek- en schouderklachten |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk/ Lage bloeddruk | <input type="checkbox"/> Spataderen |
| Gebruikt u medicijnen? Voor welke aandoeningen? | |
| Gebruikt u vitamines/voedingssupplementen? Welke en waarvoor? | |
| Hebt u ooit een ernstige ziekte gehad? Wat en wanneer? | |
| Bent u ooit geopereerd? Waaraan en wanneer? | |
| Hebt u ooit iets gebroken? Wat en wanneer? | |
| Staat u onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog etc.)? | |
| Bent u ergens allergisch voor? (Massageolie, crèmes, lotions, parfums) | |
| Hebt u een gevoelige huid? | |
| Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot uw gezondheid die uw massagetherapeut dient te weten? | |

ZWANGERSCHAP

| |
|---|
| Bent u op het moment zwanger? <input type="radio"/> Ja (<i>vul dan onderstaande vragen in</i>) <input type="radio"/> Nee (<i>dan kunt u doorgaan naar het volgende onderdeel</i>) |
| In welk trimester bent u op het moment? <input type="radio"/> Eerste trimester <input type="radio"/> Tweede trimester <input type="radio"/> Derde trimester |
| Dit is uw: <input type="radio"/> Eerste zwangerschap <input type="radio"/> Tweede zwangerschap <input type="radio"/> Derde zwangerschap <input type="radio"/> Vierde zwangerschap (of meer) |
| Hoeveel kinderen heeft u? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 of meer |
| Is er sprake van een hoog risico zwangerschap? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, vanwege |

LEEFGEWOONTES

| |
|--|
| Wat voor soort werkt doet u? <input type="radio"/> Zittend <input type="radio"/> Staand <input type="radio"/> Licht fysieke arbeid <input type="radio"/> Zwaar fysieke arbeid |
| Hoeveel uur per week werkt u? |
| Sport u regelmatig? <input type="radio"/> Dagelijks <input type="radio"/> Meerdere keren per week <input type="radio"/> Enkele keren per maand <input type="radio"/> Enkele keren per jaar <input type="radio"/> Zelden |

Welke sport(en) beoefent u?
.....
.....

Hoe omschrijft u uw voedingsgewoonten?
 Heel goed
 Goed
 Matig
 Slecht

| | Nooit | Zelden | Gematigd | Veel |
|---------|-------|--------|----------|------|
| Alcohol | | | | |
| Koffie | | | | |
| Roken | | | | |
| Stress | | | | |

Overige opmerkingen over uw leefgewoontes:
.....
.....
.....

UW VERWACHTINGEN VOOR DEZE MASSAGEBEHANDELING

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

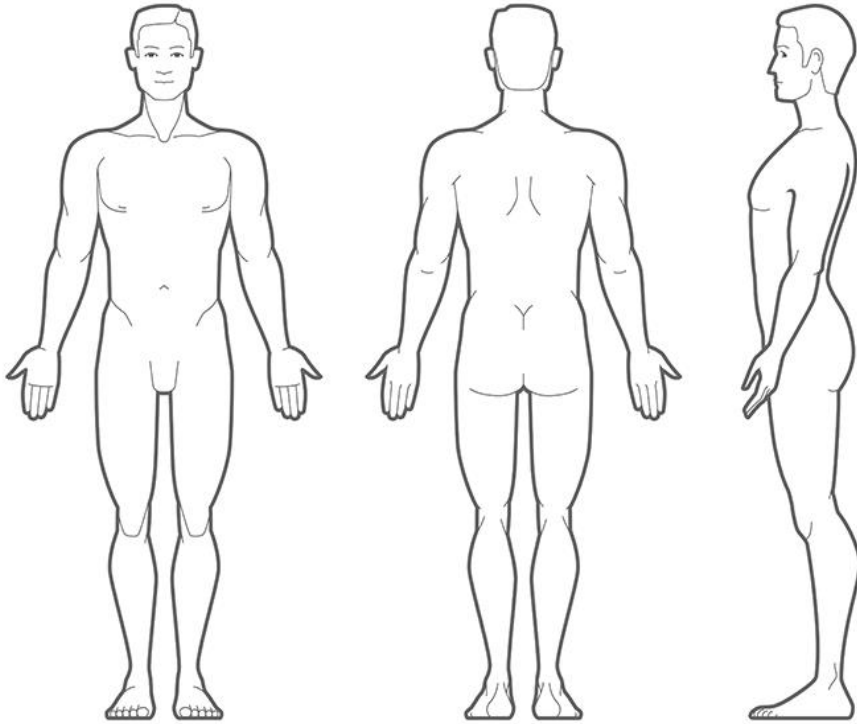
Hebt u eerder massages gehad? Zo ja, wat voor soort massage? Waarom en hoe vaak?
.....
.....

Hebt u op het moment last van pijn of gemak? Waar hebt u last van? En hoe lang hebt u hier al last van?
.....
.....

Hoe vaak hebt u last van deze pijn of dit ongemak?
 Voortdurend
 Af en toe
 Alleen bij bepaalde bewegingen, namelijk

.....
.....

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



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

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

Overige opmerkingen/aantekeningen:

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

ANNULERINGSVOORWAARDEN

Voor het annuleren van een massage gelden de volgende annuleringsvoorwaarden:

- Bij annulering tot 48 uur voor aanvang van een massage bent u geen kosten verschuldigd.
- Bij annulering 24 uur voor aanvang van een massage bent u 50% van het bedrag voor de massage verschuldigd.
- Bij annulering binnen 24 uur voor aanvang van een massage bent u 100% van het bedrag voor de massage verschuldigd.

OVEREENKOMST MASSAGETHERAPEUT - CLIËNT

Met het tekenen van dit formulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. 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. Ook ga ik met het tekenen van dit formulier akkoord met de gestelde annuleringsvoorwaarden.

Handtekening cliënt:

Datum:

Handtekening massagetherapeut:

Datum: