



# Relax to Heal

BALANCE THROUGH MASSAGE

## Intakeformulier

### PERSOONLIJKE GEGEVENS

|                               |                        |
|-------------------------------|------------------------|
| Naam:                         |                        |
| Adres:                        |                        |
| Postcode:                     |                        |
| Woonplaats:                   |                        |
| Telefoon:                     |                        |
| E-mail:                       |                        |
| Geslacht:                     |                        |
| Geboortedatum:                |                        |
| Beroep:                       |                        |
| VAS-score energie             | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |
| VAS-score algemene gezondheid | 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 |

### MEDISCHE VRAGEN

#### ZWANGERSCHAP

|  |
|--|
| Ben je op dit moment zwanger?<br><input type="radio"/> Ja ( <i>Ik masseer geen zwangere vrouwen</i> )<br><input type="radio"/> Nee |
|--|

#### HEB JE EEN OF MEERDERE VAN DE VOLGENDE AANDOENINGEN?

|   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Astma                       | <input type="radio"/> Koorts                    |
| <input type="radio"/> Artritis                    | <input type="radio"/> Kanker                    |
| <input type="radio"/> Luchtwegproblemen, namelijk | <input type="radio"/> Huidaandoening, namelijk: |
| <input type="radio"/> .....                       | <input type="radio"/> .....                     |

|  |   |
|--|---|
| <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               |
| Gebruik je medicijnen? Voor welke aandoeningen?  |   |
| Gebruik je vitamines/voedingssupplementen? Welke en waarvoor?                          |   |
| Heb je ooit een ernstige ziekte gehad? Wat en wanneer?                                 |   |
| Ben je ooit geopereerd? Waaraan en wanneer?  |   |
| Heb je ooit iets gebroken? Wat en wanneer?   |   |
| Sta je onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog etc.)? |   |
| Ben je ergens allergisch voor? (Bijv; massageolie, noten, crèmes, lotions, parfums)    |   |
| Heb je een gevoelige huid?   |   |

Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot je gezondheid die jouw massagetherapeut dient te weten?

## **LEEFGEWOONTES**

Wat voor soort werk doe je?

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

Hoeveel uur per week werk je?

Sport je regelmatig?

- Dagelijks
- Meerdere keren per week
- Enkele keren per maand
- Enkele keren per jaar
- Zelden

Welke sport(en) beoefen je?

.....  
.....

Hoe omschrijf je jouw voedingsgewoonten?

- Heel goed
- Goed
- Matig
- Slecht

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

Overige opmerkingen over jouw leefgewoontes:

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

**JOUW VERWACHTINGEN VOOR DEZE MASSAGEBEHANDELING**

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

.....  
.....

Heb je eerder massages gehad? Zo ja, wat voor soort massages? Waarom en hoe vaak?

.....  
.....

Heb je op dit moment last van pijn of gemak? Waar heb je last van? En hoe lang heb je hier al last van?

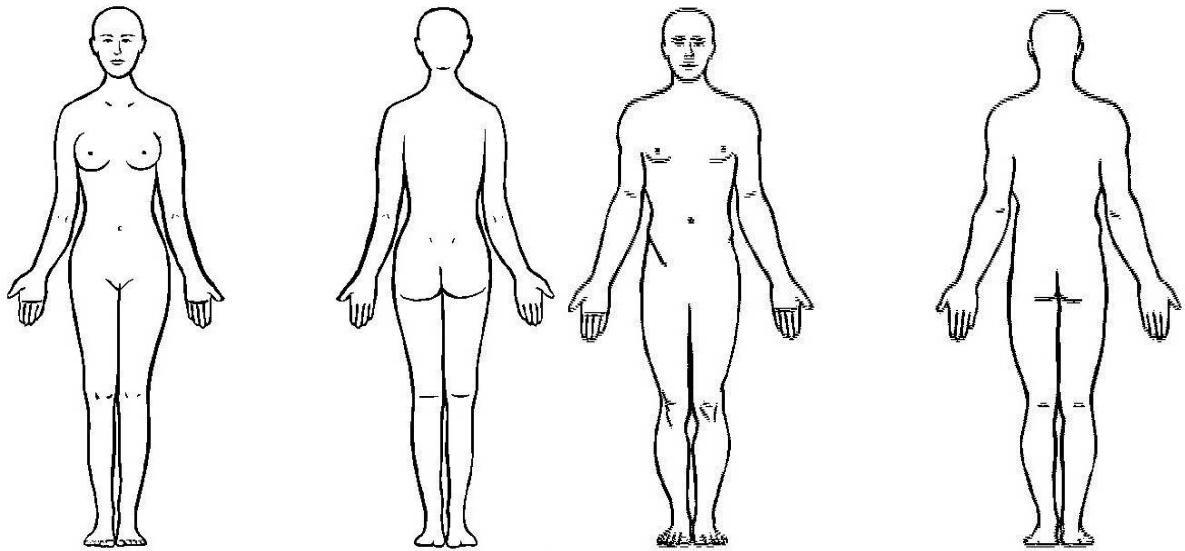
.....  
.....

Hoe vaak heb je 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 ben je geen kosten verschuldigd.
- Bij annulering 24 uur voor aanvang van een massage ben je 50% van het bedrag voor de massage verschuldigd.
- Bij annulering binnen 24 uur voor aanvang van een massage ben je 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 en de AVG. Uitgebreide informatie over o.a de AVG en de algemene voorwaarden is te vinden op de website: [www.relaxtoheal.nl](http://www.relaxtoheal.nl)).

Handtekening cliënt: ..... Datum: .....

Piet Broersma

Handtekening massagetherapeut: ..... Datum: .....