Intake formulier

**Persoonlijke gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Postcode: |  |
| Woonplaats: |  |
| Telefoon: |  |
| E-mail: |  |
| Geboortedatum:  |  |
| Beroep: |  |

**Medische geschiedenis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Heeft u last van de volgende aandoeningen?** | **Toelichting** |
| **Astma: Ja/Nee** | **Huidaandoening: Ja/Nee** |  |
| **Artritis: Ja/Nee** | **Kanker: Ja/Nee** |  |
| **Luchtwegen problemen namelijk,**  | **Koorts: Ja/Nee** |  |
| **Bot breuken/Kneuzingen: Ja/Nee** | **Migraine/Hoofdpijn: Ja/Nee** |  |
| **Diabetes: Ja/Nee** | **Osteoporose: Ja/Nee** |  |
| **Epilepsie: Ja/Nee** | **Psychische problemen: Ja/Nee** |  |
| **Fibromyalgie: Ja/Nee** | **Rugklachten: Ja/Nee**  |  |
| **Hart en vaatziektes: Ja/Nee** | **Reuma: Ja/Nee** |  |
| **Hernia: Ja/Nee** | **Nek- en schouderklachten: Ja/Nee** |  |
| **Hoge bloeddruk/Lage bloeddruk: Ja/Nee** | **Spataderen: Ja/Nee** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gebruikt u medicijnen? Voor welke aandoeningen ?** |  |
| **Gebruikt u vitamines/ voeding supplementen? Welke en waarvoor?** |  |
| **Hebt u ooit een erge 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)?** |  |
| **Bent u ergens allergisch voor? (massage olie, crèmes, lotions, parfum)** |  |
| **Zijn er belangrijke zaken met betrekking tot uw gezondheid die uw sportmasseuse dient te weten?** |  |

**Leefgewoontes**

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

**Overeenkomst Sportmassseuse/Schoonheidsspecialiste-Client**

|  |
| --- |
| 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 sport masseuse/schoonheidsspecialiste . Ik begrijp dat deze massage 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: ……………………… |
|  |