

## Intakeformulier

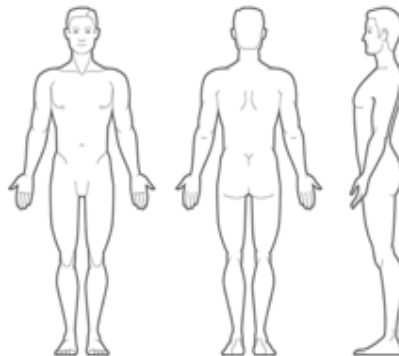
Persoonlijke gegevens			
Naam			
Straatnaam + Huisnr.			
Postcode + woonplaats			
Telefoon			
Email			
Geboortedatum			
Beroep			
Zorgverzekering	Naam:	Verzekeringsnr:	Aanvangsdatum verzekering:

### Hoe heb je Manos Massagetherapie gevonden?

- Via een zoekmachine
- Via social media
- Via familie/ vrienden
- Anders nl.

### Wat zijn je huidige klachten?

Geef in de onderstaande tekening met een kruisje aan in welke gebieden je klachten ervaart.



Korte omschrijving van de klacht(en):

.....  
.....

Hoe vaak heb je last van deze klachten?

- Voortdurend
- Af en toe
- Alleen bij bepaalde activiteiten  
nl.....

Soort werk:

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

Beweging/ sport

- Dagelijks
- Aantal keer per week
- Aantal keer per maand
- Zelden

Welke sport(en) beoefen je?

.....

Wat is je verwachting of doel van de massagebehandeling?

.....

.....

Heb je eerder een massagetherapie behandeling gehad?

- Nee
- Ja

Hoe heb je dit ervaren? .....

Medische gegevens	
Heb je een van de volgende aandoeningen?	
Reumatische aandoeningen <input type="radio"/> Artrose <input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Fibromyalgie <input type="radio"/> Andere, nl .....	Hart- en vaataandoeningen <input type="radio"/> Hoge bloeddruk <input type="radio"/> Lage bloeddruk <input type="radio"/> Hartritmestoornissen <input type="radio"/> Hartfalen <input type="radio"/> Spataderen <input type="radio"/> Beroerte <input type="radio"/> Andere, nl .....
<input type="radio"/> COPD	<input type="radio"/> Epilepsie
Diabetes <input type="radio"/> Type I <input type="radio"/> Type II	<input type="radio"/> Migraine <input type="radio"/> Hoofdpijn
<input type="radio"/> Huidaandoeningen	<input type="radio"/> Kanker
<input type="radio"/> Psychische aandoening	<input type="radio"/> Osteoporose

Gebruik je geneesmiddelen? (Dagelijks of incidenteel)

Zo ja, welke?

.....

.....

Ben je ooit geopereerd?

- Nee
- Ja

Jaar: .....

Geopereerd aan: .....

Heb je ooit iets gebroken?

- Nee

- Ja

Jaar: .....

Locatie breuk: .....

Ben je momenteel onder behandeling bij een specialist? (Bv. arts, fysiotherapeut, psycholoog)

- Nee
- Ja, nl: .....

Ben je ergens allergisch voor?

- Nee
- Ja, nl: .....

Ben je momenteel zwanger?

- Nee
- Ja
- N.v.t.

Zijn er nog andere zaken met betrekking tot je gezondheid die van belang zijn voor de massagetherapeutische behandeling?

.....  
.....

### Overeenkomst Massagetherapeut - Cliënt

Met het ondertekenen van dit formulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb beantwoord. Tussentijdse veranderingen gedurende het behandeltraject zal ik direct doorgeven aan de massagetherapeut.

Als ik gedurende de behandeling pijn of ongemak ervaar, laat ik dit direct weten aan de massagetherapeut.

Ik heb kennisgenomen van de privacy verklaring en algemene voorwaarden en ga hiermee akkoord.

Handtekening Cliënt: .....

Datum: .....

Handtekening Massagetherapeut: .....

Datum: .....