

Intakeformulier



PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam:*	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:*	
E-mail:*	
Geslacht:	☐ Man ☐ Vrouw
Geboortedatum:	
Gevonden:	Via Facebook / Via Google / Reclamefolder/ Anders.....
Nieuwsbrief	Wilt u deze ontvangen? Ja / Nee

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Hebt u een van de volgende aandoeningen?	
☐ Astma	☐ Huidaandoening, namelijk
☐ Artritis	☐ Kanker
☐ Luchtwegproblemen, namelijk	☐ Koorts
☐ Botbreuken/kneuzingen	☐ Migraine/hoofdpijn
☐ Diabetes	☐ Osteoporose
☐ Epilepsie	☐ Psychische problemen
☐ Fibromyalgie	☐ Rugklachten
☐ Hart- en vaatziekten	☐ Reuma
☐ Hernia	☐ Nek- en schouderklachten
☐ Hoge bloeddruk/ Lage bloeddruk	☐ 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? ○ Ja (<i>vul dan onderstaande vragen in</i>) ○ Nee (<i>dan kunt u doorgaan naar het volgende onderdeel</i>)
In welk trimester bent u op het moment? ○ Eerste trimester ○ Tweede trimester ○ Derde trimester
Is er sprake van een hoog risico zwangerschap? ○ Nee ○ Ja, vanwege

LEEFGEWOONTES

Wat voor soort werk doet u?

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

Hoeveel uur per week werkt u?

Sport u regelmatig?

- ☐ Dagelijks
- ☐ Meerdere keren per week
- ☐ Enkele keren per maand
- ☐ Enkele keren per jaar
- ☐ 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?

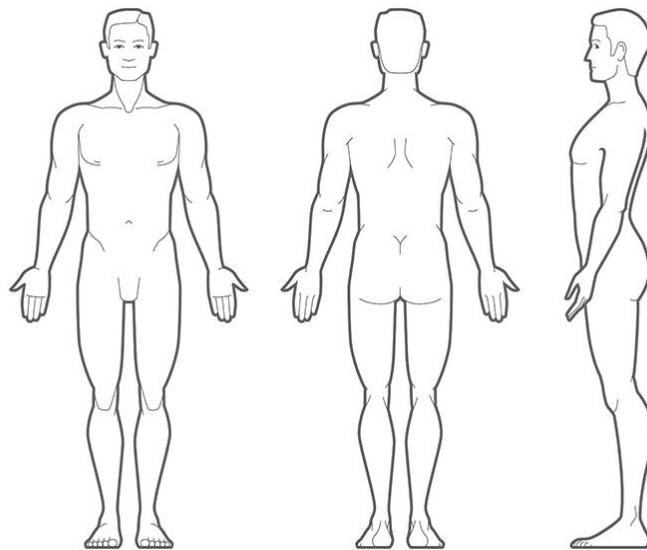
Hebt u eerder massages gehad? Zo ja, wat voor soort massage? Waarom en hoe vaak?

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 MASSEUR - 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 masseur. Ik begrijp dat deze massage enkel ter ontspanning en het verminderen van spierspanning tot doel heeft. Het is geen vervanging voor medisch onderzoek of het stellen van een medische diagnose. Deze massage mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal het de masseur 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 algemene voorwaarden, privacyverklaring, annuleringsvoorwaarden en het huisreglement.

Handtekening cliënt:

Datum:

Handtekening massagetherapeut:

Datum: