

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Algemene gegevens en persoonlijke situatie** |  | | | | |
| Voornaam |  | | Voorletters | |  |
| Achternaam |  | | | Geslacht  M | |
| Geboortedatum |  | | | | |
| Straatnaam |  | | | Huisnr.: | |
| Postcode |  | Woonplaats: | | | |
| Telefoonnummer |  | Mobiel: | | | |
| e-mailadres |  | | | | |
| Burgerlijke staat | gehuwd  samenwonend  gescheiden  alleenstaand | | | | |
| Aantal kinderen | nvt | | | | |
| Zorgverzekeraar |  | | | | |
| Polisnummer |  | | | | |
| Huisarts |  | | | | |
| Telefoonnummer |  | | | | |
|  | N.B. ik zal nooit zonder uitdrukkelijke toestemming contact opnemen met de huisarts. | | | | |
| Beroep |  | | | | |
| **Ervaringen** |  | | | | |
| Hoe heeft u mij gevonden? | Via internet  via de VBAG  Via een bekende  Anders, nl. | | | | |
| Heeft u al eerder kennis gemaakt met massage of een vorm van manuele behandelingen? | Ja  nee | | | | |
| Zo ja, welke? |  | | | | |
| Wij zijn de verwachtingen van de behandeling? |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Klachten** |  |
| Welke klachten zijn er op dit moment? |  |
| Hoe lang bestaan deze klachten al? |  |
| Heeft u enig idee waardoor deze klachten zijn ontstaan? |  |
| Wat heeft u zelf al gedaan aan de klachten? |  |
| Zijn er factoren in uw leven, die deze klachten negatief beïnvloeden? | Ja  nee  weet ik niet |
| Zo ja, welke factoren? |  |
| **Medische voorgeschiedenis** |  |
| Bent u gezond? | Ja  nee |
| Zo niet, welke aandoeningen zijn er? |  |
| Zit u hiervoor een specialist of arts? | Ja  nee |
| Zo ja, wat voor specialist/arts? |  |
| Bent u daar nog regelmatig onder behandeling? |  |
| Heeft u toestemming van uw arts om gemasseerd te worden? | Ja  nee |
| Gebruikt u medicijnen? | Ja  nee |
| Zo ja, waarvoor dienen deze? |  |
| Wat is de naam van de medicijnen? |  |
| Bent u wel eens opgenomen geweest in het ziekenhuis? | Ja  nee |
| Zo ja, waarvoor? |  |
| Hebt u wel eens een operatie ondergaan? | Ja  nee |
| Zo ja, waarvoor? |  |
| Heeft u ergens littekens? | Ja  nee |
| Zo ja, waar bevinden die zich? |  |
| Bent u bekend met een hoge bloeddruk? | Ja  nee |
| Zijn er erfelijke ziektes binnen de familie? | Ja  nee |
| Zo ja, welke? |  |
| **Allergiën** |  |
| Bent u bekend met een allergie? | Ja  nee |
| Zo ja, welke? |  |
| Rookt u? | Ja  nee |
| Drinkt u koffie? | Ja  nee |
| **Relatieve contra-indicaties** |  |
| Heeft u een acute hernia? | Ja  nee |
| Bent u zwanger? | Ja  nee  nvt |
| Bestaat er een zwangerschapswens? | Ja  nee  nvt |
| Zijn er hartklachten? | Ja  nee |
| Zo ja, welke? |  |
| Heeft u wel eens trombose gehad? | Ja  nee |
| **Tot slot** |  |
| Zijn er nog aanvullingen en/of zaken die u wilt noemen? Zo ja, dan kunt u die hiernaast vermelden |  |