

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |       |