

Intakeformulier Massagepraktijk #LiefMens



Massagepraktijk #LiefMens

Email: info@lief-mens.nl

Website: www.lief-mens.nl

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geslacht:	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
Geboortedatum:	
Beroep:	

HOE HEB JE ONS GEVONDEN?

<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Via een zoekmachine<input type="radio"/> Via social media<input type="radio"/> Via een advertentie<input type="radio"/> Via vrienden/familie<input type="radio"/> Anders, <p>.....</p> <p>.....</p>

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Heb je één van de volgende aandoeningen?	
<input type="radio"/> Astma	<input type="radio"/> Huidaandoening, namelijk
<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Kanker
<input type="radio"/> Luchtwegproblemen, namelijk	<input type="radio"/> Koorts
<input type="radio"/> Botbreuken/kneuzingen	<input type="radio"/> Migraine/hoofdpijn
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Osteoporose
<input type="radio"/> Epilepsie	<input type="radio"/> Psychische problemen
<input type="radio"/> Fibromyalgie	<input type="radio"/> Rugklachten
<input type="radio"/> Hart- en vaatziekten	<input type="radio"/> Reuma
<input type="radio"/> Hernia	<input type="radio"/> Nek- en schouderklachten
<input type="radio"/> Hoge bloeddruk/ Lage bloeddruk	<input type="radio"/> Spataderen
Gebruik je medicijnen? Voor welke aandoeningen?	
Heb je ooit een ernstige ziekte gehad? Wat en wanneer?	
Bent je ooit geopereerd? Waaraan en wanneer?	
Heb je ooit iets gebroken? Wat en wanneer?	
Sta je onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog etc.)?	

Ben je ergens allergisch voor? (Massageolie, crèmes, lotions, parfums, noten)
Heb je een gevoelige huid?
Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot jouw gezondheid die de behandelaar dient te weten?

ZWANGERSCHAP

Ben je op het moment zwanger? <input type="radio"/> Ja (<i>vul dan onderstaande vragen in</i>) <input type="radio"/> Nee (<i>dan kun je doorgaan naar het volgende onderdeel</i>)
In welk trimester ben je op het moment? <input type="radio"/> Eerste trimester <input type="radio"/> Tweede trimester <input type="radio"/> Derde trimester
Is er sprake van een hoog risico zwangerschap? <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja, vanwege

VERWACHTINGEN VOOR DEZE BEHANDELING

Wat is jouw doel of wat zijn jouw verwachtingen met betrekking tot deze behandeling?
Heb je eerder massages gehad? Zo ja, wat voor soort massage? Waarom en hoe vaak?
Heb je op het moment last van pijn of gemak? Waar heb je last van? En hoe lang heb je hier al last van?

.....
.....
.....

Hoe vaak heb je last van deze pijn of dit ongemak?
 Voortdurend
 Af en toe
 Alleen bij bepaalde bewegingen, namelijk
.....
.....
.....

Zijn er delen van jouw lichaam die je niet gemasseerd wilt hebben?
.....
.....
.....

Overige opmerkingen/aantekeningen:
.....
.....
.....
.....
.....

ANNULERINGSVOORWAARDEN

Voor het annuleren van een behandeling gelden de volgende annuleringsvoorwaarden:

- Bij annulering tot 24 uur voor aanvang van een massage ben je geen kosten verschuldigd.
- Bij annulering binnen 24 uur voor aanvang van een massage ben je 50% van het bedrag voor de behandeling verschuldigd.
- Bij een eerstvolgende keer in hetzelfde jaar ben je 100% van het bedrag voor de behandeling verschuldigd.

OVEREENKOMST MASSAGETHERAPEUT – 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 behandelaar.
- Ik begrijp dat deze behandeling alleen 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 behandelaar het direct laten weten als ik tijdens de massagebehandeling pijn of ongemak ervaar.

- Ik ga met het tekenen van dit formulier akkoord met de gestelde annuleringsvoorwaarden.

Handtekening cliënt:

Datum:

Handtekening massagetherapeut:

Datum: