

Soepel aan de start sportmassage

Datum

Naam

Adres

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

Telefoon mobiel

Email adres

Beroep

Hobby(s):

Intake

Dossier nummer:

Cliënt

Geslacht M V

Telefoon vast

Sportbeoefening

Sporten:

Hoe vaak per
week:

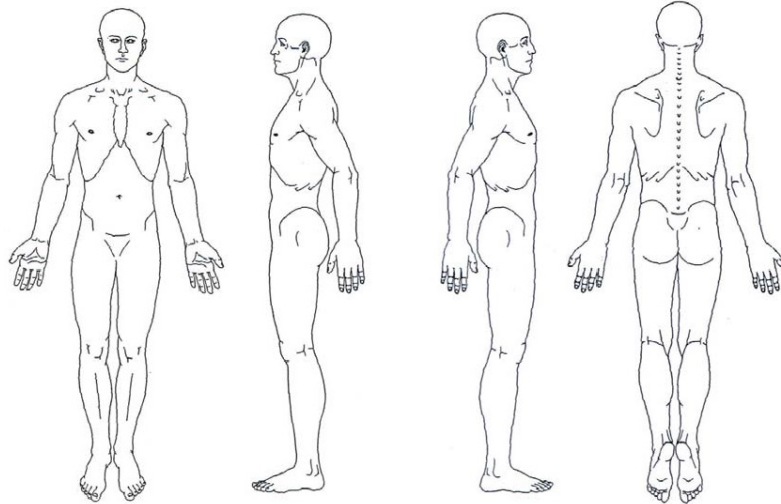
Uren p wk:

klachten

Wat is de hoofdklacht

Acuut / chronisch / pijnplek

Geef hiernaast aan waar de
klacht zich bevind



Wat verwacht u van deze behandeling:

Klachten - vervolg

Wanneer zijn de klachten ontstaan?

Jaargetijde / warmte of kou / vocht of droogte / 's nachts of overdag / beweging

Wanneer hebt u meer/minder last?

Wat kunt u niet meer als gevolg van de klachten?

Heeft u naast deze klachten nog andere klachten?

Acuut / chronisch / pijnplek

Achtergrondinformatie klachten

Bent u voor deze klacht nog bij iemand anders (in behandeling) geweest?

Huisarts / specialist

Ontstonden uw klachten als gevolg van een ongeval?

Kneuzingen / spierscheuring / breuk

Heeft u nog een ziekte gehad waar wij rekening mee moeten houden?

Zwelling / pijn / beperkingen / stoornissen in BAC (bewustzijn / ademhaling / circulatie)

Medische voorgeschiedenis

Gebruikt u medicijnen?

Kruiden / voedingssupplementen / homeopathisch

Heeft U toestemming van de huisarts voor deze behandeling ?

Heeft u operaties ondergaan?

Heeft u implantaten?

Pacemaker / buisjes in de oren / platen / schroeven

Bent u momenteel onder behandeling?

Therapeut / medisch specialist / waarvoor

Bent u ergens allergisch voor? Zo ja waarvoor

Verklaring

Ondergetekende _____ Geboren op _____ te _____

Verklaart bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld.

Handtekening _____ datum _____