



**MASSAGE PRAKTIJK DAAN**  
*Pletering 61*  
*1678HM Oostwoud*  
*www.massagepraktijkdaan.nl*  
*Whatsapp 0636555084*

## **Intakeformulier**

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geslacht:	Man Vrouw
Geboortedatum:	
Beroep:	
Wat voor soort werkt doet u, en hoeveel uur per week?	
<input type="radio"/> Zittend	
<input type="radio"/> Staand	
<input type="radio"/> Licht fysieke arbeid	
<input type="radio"/> Zwaar fysieke arbeid	
<u>tm uur</u>	

## **HOE HEBT U ONS GEVONDEN?**

- Via een zoekmachine
- Via social media
- Via een advertentie
- Via vrienden/familie
- Anders:

## **MEDISCHE GESCHIEDENIS**

Heeft u een van de volgende aandoeningen?	
<input type="radio"/> Spataderen	<input type="radio"/> Steenpuist
<input type="radio"/> Hoge bloeddruk/ Lage bloeddruk	<input type="radio"/> Fibromyalgie/Reuma
<input type="radio"/> Hart- en vaatziekten	<input type="radio"/> Koorts
<input type="radio"/> Griep	<input type="radio"/> Overige medische aandoeningen die van belang kunnen zijn

Gebruikt u medicijnen? Nee Ja, voor welke aandoeningen?
Heeft u ooit een ziekte gehad of iets gebroken? Wat en wanneer?
Bent u ooit geopereerd? Waaraan en wanneer?
Staat u onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog etc.)?
Bent u ergens allergisch voor of heeft u een gevoelige huid? (bv. massageolie)

### **ZWANGERSCHAP**

Bent u op het moment zwanger? <input type="radio"/> Ja (hoe lang?) <input type="radio"/> Nee (sla onderstaande vraag over) <input type="radio"/> Nee, maar wel geweest (vul onderstaande vraag in)
Hoeveel kinderen heeft u?

### **LEEFGEWOONTES**

Sport u regelmatig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Zelden  Welke sport(en) beoefent u?
---

	Nooit	Zelden	Gematigd	Veel
Alcohol				
Roken				
Drugs				
Stress				

## UW VERWACHTINGEN VOOR DEZE MASSAGEBEHANDELING

Wat is uw doel of wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot deze massagebehandeling?

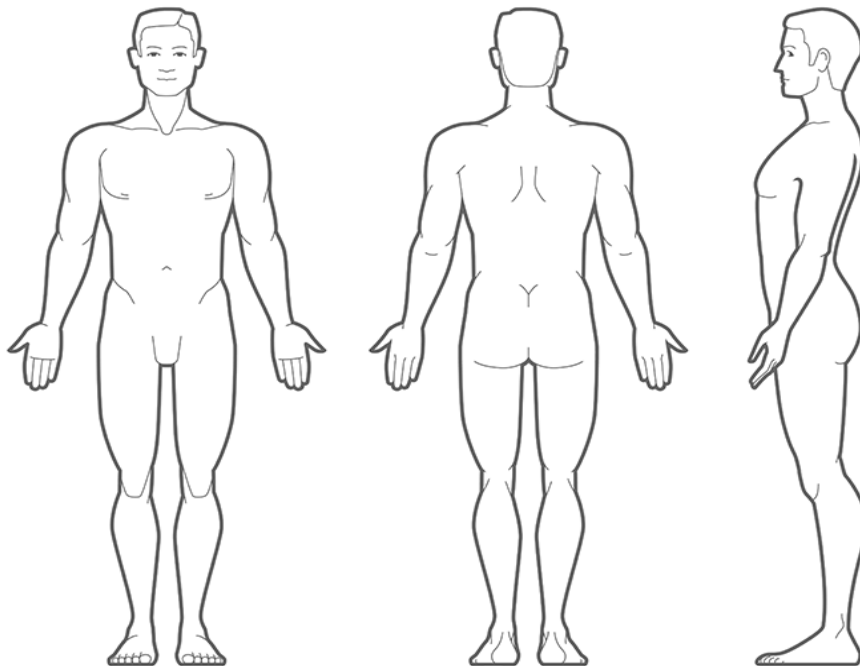
Heeft u eerder massages gehad? Zo ja, wat voor soort massage?

Heeft u op het moment last van pijn of ongemak? Waar heeft u last van? En hoe lang heeft u hier al last van?

Hoe vaak heeft 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 heeft of op welke gebieden u tijdens de massagebehandeling graag de nadruk wilt leggen?



Zijn er delen van uw lichaam waarvan u niet wilt dat ze gemasseerd worden? **(i.v.m. angsten of overgevoeligheid)**

Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot uw gezondheid die uw massagetherapeut dient te weten?

.....

.....

**ANNULERINGSVOORWAARDEN**

Voor het annuleren van een massage gelden de volgende annuleringsvoorwaarden:

- Bij annulering tot 24 uur voor aanvang van een massage bent u geen kosten verschuldigd.
- Bij annulering binnen 24 uur voor aanvang van een massage bent u 100% van het bedrag voor de massage 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 massagetherapeut. Ik begrijp dat deze massagetherapie enkel 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 massagetherapeut het 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 annuleringsvoorwaarden.

Handtekening cliënt: ..... Datum: .....

Handtekening massagetherapeut: ..... Datum: .....