

KLANTENINTAKEFORMULIER

Naam:	Geboortedatum:		Vrouw	
			Man	
Adres:	Postcode:	Plaats:		
Telefoonnummer:	E-mailadres:			

Heeft u één van de volgende ziekten (gehad) of een operatie ondergaan (indien Ja, gaarne aankruisen)

Ziekte:	Allergie	<input type="checkbox"/>	Operatie aan:	Hals/Nek	<input type="checkbox"/>
	Hart/vaatziekten	<input type="checkbox"/>		Schouder	<input type="checkbox"/>
	Migraine	<input type="checkbox"/>		Arm	<input type="checkbox"/>
	Diabetes	<input type="checkbox"/>		Elleboog	<input type="checkbox"/>
	Lage Bloeddruk	<input type="checkbox"/>		Hand	<input type="checkbox"/>
	Hoge Bloeddruk	<input type="checkbox"/>		Hart	<input type="checkbox"/>
	Kanker	<input type="checkbox"/>		Rug	<input type="checkbox"/>
	Osteoporose	<input type="checkbox"/>		Heup	<input type="checkbox"/>
	Huidziekte	<input type="checkbox"/>		Voet	<input type="checkbox"/>
	HIV positief	<input type="checkbox"/>		Been	<input type="checkbox"/>
	Reuma	<input type="checkbox"/>		Knie	<input type="checkbox"/>

Diversen:	Zwanger	<input type="checkbox"/>	Hernia:	Hals	<input type="checkbox"/>
	Menstruatie	<input type="checkbox"/>		Borst	<input type="checkbox"/>
	Koorts	<input type="checkbox"/>		Lende	<input type="checkbox"/>
				Stuit	<input type="checkbox"/>
				Heiligbeen	<input type="checkbox"/>

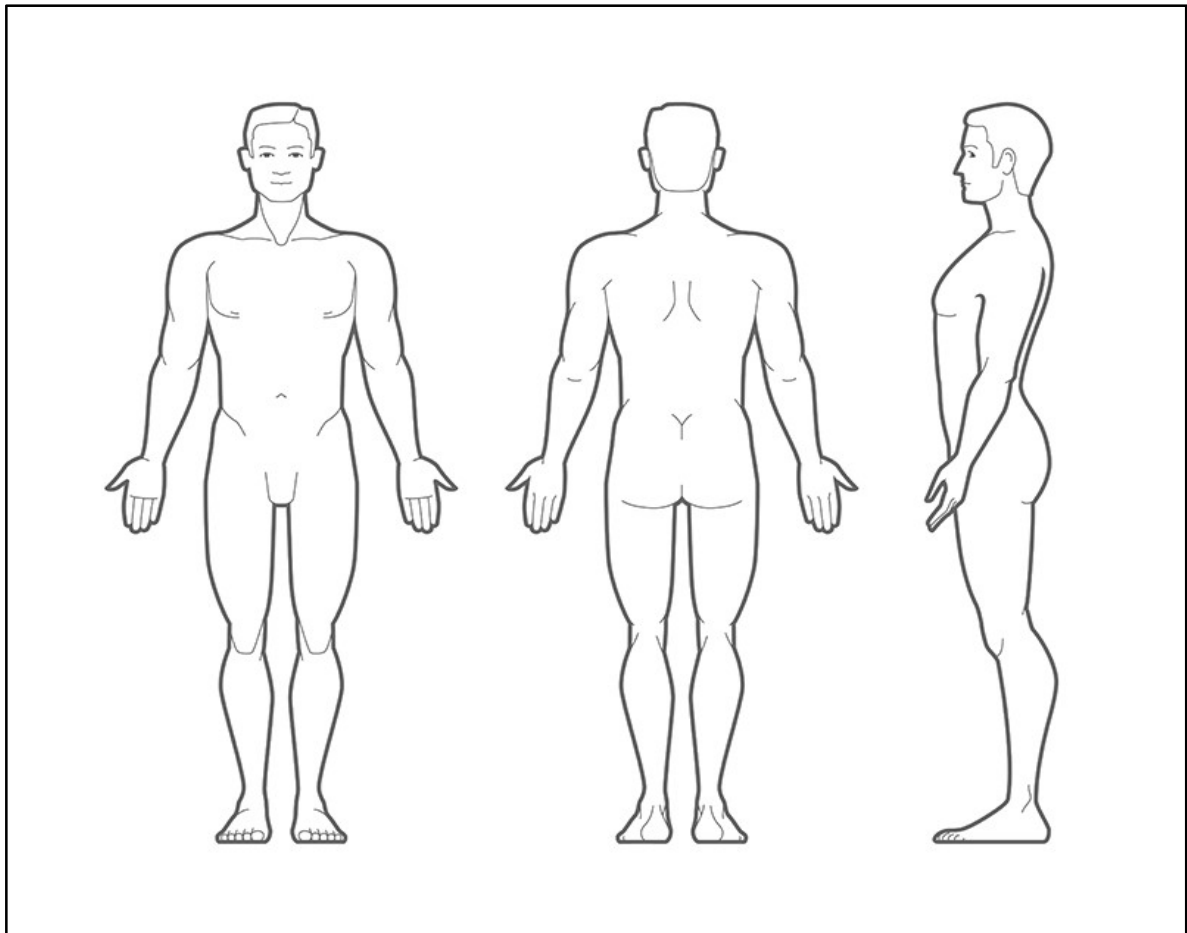
Hoe heeft u ons gevonden?	Langslopen	<input type="checkbox"/>	Reclame	<input type="checkbox"/>
	Internet	<input type="checkbox"/>	Via kennis	<input type="checkbox"/>

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 uitsluitend 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.

Handtekening cliënt : Datum:

Handtekening massagetherapeut: Datum:



Onderzoek

.....

Probleemgebieden

.....

Diagnose

.....

Behandeling

.....

Aanbevelingen

.....