

Intakeformulier Massagetherapie René den Broeder



PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam	
Adres	
Postcode, Woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
E-mail adres	
BSN-nummer	
Zorgverzekeraar	
Beroep	

MEDISCHE GEGEVENS / KLACHTEN

Wat is uw klacht?	
Hoe lang speelt dit al?	
Wanneer speelt de klacht het meest op?	
Wanneer heeft u minder of geen last van de klacht?	
Bent u bij een specialist geweest voor deze klacht? Zo ja, bij welke en wat vertelde hij/zij?	
Heeft u allergieën? Zo ja, welke?	
Welke ziektes of gezondheidsproblemen heeft u (gehad)?	
Heeft u ooit een operatie ondergaan? Zo ja, waarvoor en wanneer?	
Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke en waarvoor?	

LEEFGEWOONTEN

Heeft u een hobby of beoefent u een sport? Zo ja, welke?	
Wat is de intensiteit?	
Is er veel stress in uw leven?	
Welke invloed heeft uw klacht in uw huidige leven?	
Heeft u verder nog opmerkingen?	

Geef met een kruisje het gebied aan waar u klachten heeft of op welk gebied u tijdens de behandeling graag de nadruk wil leggen.

