

CLIENTFORMULIER
AL DEZE INFORMATIE IS STRIKT VERTROUWELIJK

Gelieve de tekst hieronder te lezen alvorens dit formulier in te vullen;

Ik kan je GEEN massage geven als je aan één van de volgende ziektes of aandoeningen lijdt; keelpijn, een verkoudheid, een besmettelijke infectie, een virale infectie, impetigo, Tinea Corpis or Pedis (schimmelinfectie), Acute Bronchitis, pleuritis, longontsteking, Tuberculose, nierontsteking (nephritis of pyelonephritis), Migraine, Pre-Eclampsia, bloeduitstorting (Hematoom), Acute hoge bloeddruk, actieve Hodgkin's, netelroos, bloedvergiftiging (sepsis), Hepatitis, als je hormoonimplantaten hebt.

Als je ooit een trombose of trombose van de kransslagaders hebt gehad, of in geval van koorts.

Ik kan je GEEN reflexologie geven als je aan één van de volgende ziektes of aandoeningen lijdt: aneurysma, aderontsteking (flebitis), artritis van de voeten.

Of in geval van koorts, keelpijn, een verkoudheid, een besmettelijke infectie, een virale infectie, impetigo, tinea pedis, of als je een orgaantransplantatie hebt gehad.

Er zijn dus momenten waarop ik je geen massage kan geven, maar wel reflexologie, of omgekeerd. Als ik je behandeling moet aanpassen zal ik dit meedelen.

Als je kanker hebt is het aangeraden om je oncoloog te consulteren alvorens met mij een afspraak vast te leggen.

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam Geboortedatum

Adres Leeftijd

Geslacht

Telefoon Burgerlijke stand

Email Beroep

Wat is de naam en contact nummer van je Arts/gynaecoloog/voedvrouw

Wie contacteren in nood;

Wat is de reden van jouw bezoek?

Als je reeds gelijkaardige therapieën gehad, welke dan?

MEDISCHE INFORMATIE

Wat is de huidige toestand van je gezondheid?

Ben je momenteel in behandeling bij een arts of een specialist. Zo ja, waarom?

Heb je allergieën, vb; noten, wasproducten enz?

Heb je een ontsteking van de urinebuis, blaas of nieren gehad gedurende de laatste jaren?

Bent U een hartpatient?

Zijn er andere gezondheidsproblemen?

Wat is de conditie van je huid	Droog	Vet	Combinatie	Zonnebrand
Heb je een van de volgende; Gebroken beenderen Atletenvoet Wratten Spierblessure Recent littekenweefsel Tendinitis Spierkrampen Hoofdpijn Spataders Slechte bloedsomloop Aderverkalking Phlebitis Spastische darmen IBS Constipatie Indigestie Maagzuur		Eczema Psoriasis Osteoartritis Osteoperose Artritis Acute Gewrichtsreuma Kyfose/Lordosis/Scoliosis Rugpijn Jicht Hernia Reumatoïde artritis Torticolis of draaihals Spasticiteit Migraine Degeneratieve Botziekte Nierstenen	Angina pectoris Oedeem Bloedarmoede Hoge/lage bloeddruk Suikerziekte Hemofilie Leukemie HIV/AIDS CVS Astma Ademhalingproblemen Ziekte van Crohn Zweren Geblokkeerde zenuw Aangezichtsverlamming Epilepsie Psychologische problemen	

ENKEL VOOR VROUWEN

Ben je zwanger?	Indien ja, hoeveel weken?	Wanneer ben je uitgerekend?		
Ben je onlangs bevallen?				
Zo ja, hoe was de bevalling?; Keizersnede, epidurale				
Aantal zwangerschappen	Aantal miskramen	Aantal abortussen		
Krijg je op dit moment vruchtbaarheidsbehandelingen, Indien ja, welke?				
Hoe lang duurt je menstruatiecyclus?				
Geef je borstvoeding?			ja	Nee
Heb je ooit een curettage, een keizersnede of een hysterectomie gehad?			ja	Nee
Heb je rond u regels last van menstruele spanningen, pijnen, opzwellingen of prikkelbaarheid?			ja	Nee
Heb je last van PMS?			ja	Nee
Ben je in je menopauze?			ja	Nee
Krijg je hormoonvervangende therapie?			ja	Nee
?				

LEEFGEWOONTES

Beweging	Hoeveel beweeg je?	Geen beweging			
		Licht beweging			
		Af en toe zwaar sporten			
		Regelmatig zwaar sporten (bv 4 x week voor 30 min)			
Dieet	Ben je op een dieet?		Ja		Nee
	Hoeveel maaltijden eet je gemiddeld?				
	Drink je Cafeïne? Indien zo, Hoeveel?		Koffie	Thee	Cola
	Hoeveel water drink je per dag?				
	Hoeveel glazen alcoholische dranken je per week? glazen/week			

Tabak	Rook je? Indien zo, hoeveel?	Ja	Nee
	Sigaretten/dag Pijp/dag Sigaren/dag		
	Hoe Lang? jaar of jaar gestopt		
Werk	Heb je een zittend beroep?	Ja	Nee
	Ben je vaak in een ruimte met airco?	Ja	Nee
	Hoe begeef je je voornamelijk naar je werk?		
Stress	Hoeveel ben je onderhevig aan stress op een schaal 1-10 (1 is het minste)		
	Welke dingen in je leven bezorgen je stress?		

Wat doe je om te ontspannen (Interesses/Hobby's)??

Hoeveel uren slap je gemiddeld per nacht?

DISCLAIMER

Ik verklaar dat ik alle bovenstaande vragen naar de volledige waarheid heb ingevuld en wens door te gaan met deze behandeling. Ik heb geen enkele informatie achtergehouden en als er informatie zou veranderen ga ik ermee akkoord om u hiervan onmiddellijk op de hoogte te brengen

Signed by Client

Date

Signed by Parent/Guardian

Date

Signed by Therapist

Date

