

**CLIENT FORMULIER**  
**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

Burgelijke stand

Email

Beroep

Naam en contact number van je Arts/bynaedoloog/vroedvrouw

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 (inclusief een lijst van voorgeschreven medicijnen en eventuele bijwerkingen)?

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

Heb je allergieën, vb noten, wasproducten, shampoo, essentiële oliën, etc

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

Bent U een hartpatient?

Zijn er andere gezondheidsproblemen?

Heb je iets van de volgende;

Maagzuur	Nierstenen	Gebroken Botten	Eczema
Bloedarmoede	Atletenvoet	Psoriasis	Hoge/Laag Bloeddruk
Wratten	Osteoartritis	Suikerziekte	Tendinitis
Reumatoïde artritis	Artritis	Acute Gewrichtsreuma	Haemofilie
Leukemie	Spierblessure	Slechte Bloedsomloop	Rugpijn
Kyfose/Lordosis/Scoliose	Jicht	Recent Littekenweefsel	Spiercrampen
CVS	Spataders	Hernia	Astma/Sinusitis
Aderverkalking	Ankylosing Spondylitis	Ademhalingproblemen	Phlebitis
Migraine/Hoofdpijn	Ziekte van Crohn	Spatische darmen/IBS	Spasticiteit
Zweren	Constipatie	Angina pectoris	Geblokkeerde zenuw
Indigestie	Oedeem	Bell's verlamming	Epilepsie
Aambeien	Degenerative Botziekte	Torticollis of Draaihals	Schildklier problemen
Koud Voet/Handen	Osteoperose	Bruxism	Koortsblaasjes
Face lift (6mths)	Fillers	Huidkanker	Rosacea
Actief acne	Slaapstoornissen	Nervous/Psychotic conditions	HIV/AIDS

Wat is de conditie van je huid:      Droog    Combinatie      Vet      Zoonebrand

### WOMEN ONLY

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?

Heb je ooit een curettage, een keizersnede of een hysterectomie gehad?

Heb je rond u regels last van menstruele spanningen, pijnen, opzwellingen of prikkelbaarheid?

Heb je last van PMS?

Ben je in je menopauze?

Krijg je hormoonvervangende therapie?

ja	Nee
ja	Nee
ja	Nee
ja	Nee
ja	Nee
ja	Nee

### LIFESTYLE

**BEWEGING**    Hoeveel beweeg je?    Geen    Licht    Af en toe    Regelmatig

**DIEET**      Ben je op een dieet?

Hoeveel maaltijden eet je gemiddeld?

Hoeveel Cafeïne drink je per dag?

Hoeveel water drink je per dag?

Hoeveel and welke alcoholische dranken je per week?

Rook/vape/nicotine plijsters, indien zo, hoeveel en hoevel jaren?

**WERK**      Heb je een zittend beroep?

Ben je vaak in een ruimte met airco?

Hoe begeef je je voornamelijk naar werk?

**STRESS**    Hoeveel ben je onderhevig aan stress op een schaal 1-10 (1 is het minste)

Welke dingen in je leven ezorgen je stress?

What do you do to relaWat doe je on te ontspannen (interesses/Hobby's)?

Hoeveel uren slap je gemiddeld per nacht?

### VRIJWARING

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.

Handtekening Client

Datum

Handtekening Ouder

Datum

Handtekening therapeut

Datum