



Intake formulier

Aangezien het streven is om u naar beste vermogen optimaal te kunnen begeleiden, verzoeken wij u de volgende vragen zo volledig mogelijk in te vullen of te onderstrepen.

| | | |
|---|----------------------------------|------------------------------|
| <u>Persoonlijke gegevens</u> | Datum:/...../20..... | Patiënt nummer: |
| Naam: Voornaam(en): | Geboortedatum: | |
| Adres en huisnummer: | Tel 1: | |
| Postcode en Woonplaats | Tel 2: | |
| Email: | Mob: | |
| Naam huisarts: | | |
| Woonplaats: | | |
| Naam verzekering: | Pakket: | |
| Medicijnen en of homeopathische middelen / Bloedverdunners? | Ja/ Nee | |
| Zo ja, welke, waarvoor, hoe lang gebruikt u ze al, en wie schrijft ze voor? | | |
| Heeft u ook last van bijwerkingen? | Ja / Nee | |
| Zo ja, welke? | | |

1 Wat is de reden van uw komst?

.....

2 Wat zijn u klachten?

.....

3 Wanneer zijn deze klachten ontstaan?

.....

.....

4 Wat is er bekend over de oorzaak (erfelijk bepaald, acuut ontstaan, in een langere periode)

.....

5 Hoe is het beloop per dag? S-ochtends beter dan s avonds, invloed van inspanning of vermoeidheid of functioneren etc.

.....

6 Wat maakt de klacht erger of juist beter?

.....

7 Hoe voelt de pijn van de klacht aan?

Licht/ normaal/ hevig

.....

8 Als u de pijn moet schalen, welk cijfer geeft u van 0 t/m 10? (VAS)
(0= geen pijn en 10=hevige pijn)

.....

9 Hoe hoog is uw pijngrens?

Laag/gemiddeld/hoog/zeer hoog

10 Wat doet u als het probleem zich voor doet?

.....



MEDISCHE GESCHIEDENIS

11 Verkeert u in goede gezondheid?

Ja/ nee

12 Hoe is uw bloeddruk?

Onbekend/ hoog/ laag/ goed

13 Kunt u aangeven welke ziektes of gezondheidsproblemen u heeft of heeft gehad? (Denk hierbij aan o.a. huidaandoeningen, diabetes, kanker, hoge/lage bloeddruk, hart- en vaatziekten, rugpijn, hoofdpijn, migraine, reumatische aandoeningen, duizeligheid/evenwicht, uitval, psychische problemen etc.)

.....
.....

14

A: Heeft u al eerdere (therapeutische) massages/behandelingen gehad?

Ja/nee

Heeft dit resultaat opgeleverd?

Ja/nee

B: Bent u op dit moment onder behandeling (of geweest) van een specialist (huisarts, fysiotherapeut, psycholoog etc.)? en is er een diagnose gesteld?

Zo ja, graag hier vermelden wanneer, waarvoor en heeft u hier nog hinder van of gevolgen aan over gehouden?

.....
.....

15 Heeft uw (huis) arts/specialist, (fysio)therapeut etc, toestemming gegeven voor een massage behandeling?

Ja ga door naar vraag 16

Nee zou u uw behandelaar willen vragen of u behandeld mag worden?

Anders is de behandeling geheel op eigen risico en kan de massagetherapeut niet verantwoordelijk worden gesteld.

16 Ik stel een open contact met uw (huis)arts / behandelaar op prijs.

Vind u het goed als we de huis (arts)/ behandelaar informeren waar nodig? Ja/nee

Reden bij nee:

.....

17 Bent u ooit geopereerd? Waaraan en wanneer?

.....

18 Hebt u ooit iets gebroken? Wat en wanneer?

.....

19 Heeft u rugklachten?

Ja/ nee

Zo ja, wat is/ was de oorzaak en bent u hiervoor in behandeling (geweest) en waar?

.....

20 Heeft u ook metalen implantaten, pacemaker, kunstgewricht, etc?

Ja/ nee

.....

21 Heeft u huidproblemen?

Ja/ nee

Zo ja, welke (besmettelijk) en heeft u hier medicatie voor?

.....

22 Bent u allergisch?

Ja/nee

Zo ja, waarvoor (denk ook aan lotions, massageolie, parfums, crèmes etc)

.....



23 Heeft u een besmettelijke en / of ernstige (laatste 10 jaar) ziekte? Ja/nee/ gehad
Zo ja, gehad welke en heeft u daar nu nog hinder van?
.....

24 Hoe is het met uw lichaamstemperatuur? Vaak warm/ afkeer van kou
Vaak koud/ afkeer van warmte

25

A: Heeft u vaak last van koude ledematen?

Zo ja, welke
.....

B: Heeft u vaak last van: (neus) verkoudheid/maagklachten/hoofdpijn/migraine/griep
Anders.....

C: Over welk lichaamsdeel/orgaan maakt u het meeste zorgen?

26

A: Transpireert u?

Niet/ normaal/ veel/ zeer veel

Zo ja wanneer?

Bij inspanning/ bij ontspanning/ in de nacht/ overdag

Welke gebieden van het lichaam?

Hoofd/ armen/ benen/ rug/ borst/ buik/ anders*
.....

B: Slaapt u:

Slecht/matig/goed

Bij matig en slecht, hoe komt dit?

27 Bent u zwanger of probeert u zwanger te worden? Zo ja hoeveel weken?
.....

28 Gebruikt u de anticonceptiepil?

Ja/ nee

Zo ja, Tegen zwanger worden of andere medische klachten?
.....

29 Menstrueert u of staat u kort voor de menstruatie?

Ja/ nee/ kort ervoor

Hoe is de menstruatie

Regelmatig/ Onregelmatig

30 Bent u in de overgang?

Ja/ nee

Zo ja, hoelang en heeft u hier ook hinder van?
.....

Leefgewoontes

31 Wat voor soort werkt doet u?

- Zittend
- Staand
- Licht fysieke arbeid
- Zwaar fysieke arbeid

32 Heeft u hobby's

Zo ja, welke?
.....

33 Krijgt u ook genoeg lichaamsbeweging d.m.v. bijvoorbeeld sport?

ja/nee

Kunt u goed bewegen, lopen, fietsen enz?

ja/nee

Zo nee, hoe komt dit?
.....



34: Hoe is uw algemene gezondheid: (graag aankruisen wat van belang is)

| | Nooit | Zelden | Gematigd | Veel | hoeveel per dag |
|---------|-------|--------|----------|------|-----------------|
| Alcohol | | | | | |
| Koffie | | | | | |
| Roken | | | | | |
| Stress | | | | | |

35 Gebruikt u ook voedingssupplementen? Ja/ nee
Zo ja welke en waarvoor?

.....

36 Hoe omschrijft u uw voedingsgewoonten?

Heel goed matig
Goed slecht

UW VERWACHTINGEN VOOR DEZE MASSAGEBEHANDELING

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

.....
.....

38 Heeft u zelf nog toevoegingen/ aanvullingen met betrekking tot uw gezondheid die nog niet zijn gevraagd maar wel relevant kunnen zijn voor de behandeling?

.....
.....

39 Hoe komt u aan dit adres?

.....

Verklaring ouderlijk gezag

Ondergetekende verklaart het (ouderlijk) gezag te hebben over

..... (naam/namen kind voluit),

geboren op te

Ondergetekende is van bovengenoemd kind: Vader/moeder/voogd/verzorger/anders,

nl:.....

Ik deel dit ouderlijk gezag met een andere persoon

Gegevens andere gezaghebbende:

Naam voluit:

Contactgegevens:.....



Naar waarheid ingevuld,

Naam voluit:.....

Volledig adres:.....

Telefoonnummer(s):.....

e-mail adres:.....

Datum:

Handtekening:

.....

UW PRIVACY

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik, als uw behandelende therapeut, een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de WGBO. Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

Wij doen ons best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat wij:

- zorgvuldig omgaan met uw persoonlijke en medische gegevens,
- er voor zorgen dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens

Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier.

Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

Massagetherapie Johan Kuiper



De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:

- Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming.
- Voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid.
- of voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
- Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur, een factuur kan opstellen.

Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.

Deze gegevens in het cliëntendossier blijven zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist 15 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota kan declareren bij uw zorgverzekeraar.

- Uw naam, adres en woonplaats
- uw geboortedatum
- de datum van de behandeling
- een korte omschrijving van de behandeling, zoals bijvoorbeeld 'behandeling natuurgeneeskunde', of 'psychosociaal consult'
- de kosten van het consult

ANNULERINGSVOORWAARDEN

Ik ben ervan op de hoogte, dat afspraken die niet binnen 24 uur van tevoren zijn geannuleerd, geheel in rekening kunnen worden gebracht.

OVEREENKOMST MASSAGETHERAPEUT - CLIËNT

Met het tekenen van dit formulier verklaart/ bevestigt u dat u alle vragen hebt begrepen en naar waarheid zijn beantwoord en dat u geen informatie hebt achter gehouden die relevant kan zijn voor uw behandeling. Als er veranderingen zijn, zal u dit direct doorgeven aan de massagetherapeut.

De massagetherapie heeft enkel als doel ontspanning en het verminderen van spierspanning.

Deze massage mag ook niet gezien worden als een medische behandeling.

Als u pijnklachten of ongemakken ervaart tijdens de massagebehandeling, laat u dit direct weten aan de massagetherapeut.

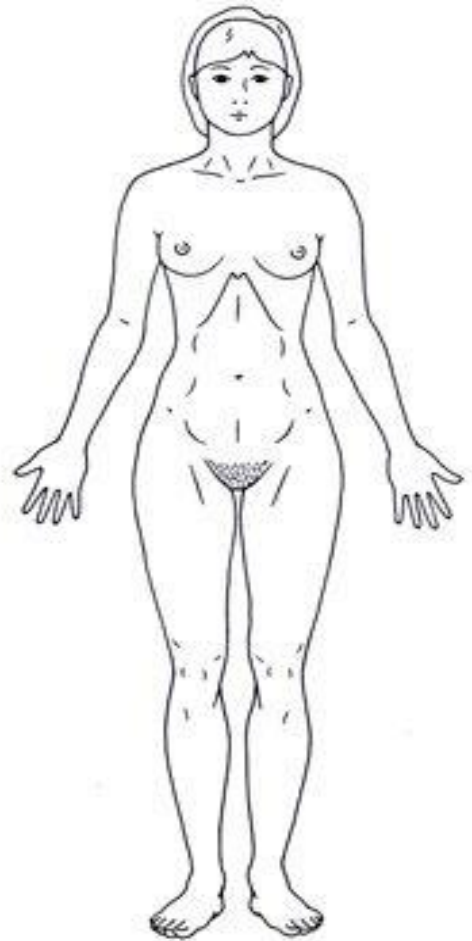
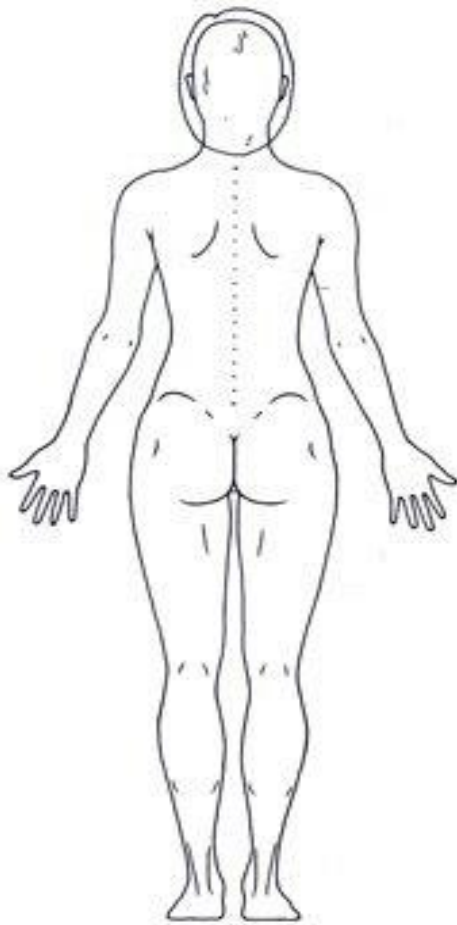
Daarnaast gaat u akkoord met de gestelde annuleringsvoorwaarden.

Handtekening cliënt: Datum: Plaats.....

Handtekening massagetherapeut: Datum: Plaats.....



Kunt u op deze plaatjes aangeven waar de desbetreffende klacht(ten) aanwezig is/zijn?
Kunt u ook aangeven hoe ze voelen? Bijvoorbeeld: pijn, zeurend, moe enz.



| | | |
|--------------------------|---|-------------|
| Zeurende Pijn: | = | ZP |
| Stijfheid: | = | SH |
| Branderig Gevoel: | = | BG |
| Gevoelloosheid: | = | GVLH |
| Scherpe Pijn: | = | SP |
| Tintelingen: | = | Tin |
| Krampen: | = | KR |
| Dofte Pijn: | = | DP |

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....