

MASSAGEPRAKTIJK TENDO

INTAKEFORMULIER

Wilt u dit formulier invullen en meenemen bij uw eerste afspraak?

Naam : _____
Adres : _____
Postcode/Woonplaats : _____
Telefoonnummer : _____
Geboortedatum : _____
BSN nummer : _____
Zorgverzekeraar : _____
Huisarts : _____
E-mail : _____

1. Komt u bij Massagepraktijk Tendo met klachten? 0 Ja 0 Nee

2. Zo, ja wat is uw voornaamste klacht _____
Wanneer is deze begonnen? _____
Bent u hiervoor onder behandeling _____
Bij welke arts/specialist/therapeut _____

3. Heeft u een ziekte/aandoening (gehad) ?
0 hart 0 longen 0 suiker 0 menstruatie 0 huid
0 lever 0 nieren 0 maag 0 darmen 0 auto immuun
0 Anders nl. _____
Bent u hiervoor behandeld of onder behandeling? 0 Ja 0 Nee
Bij welke arts/specialist/therapeut _____

4. Heeft u een ziekte of aandoening (gehad) in uw wervelkolom/nek/rug? 0 Ja 0 Nee
Zo, ja welke _____
Bent u hiervoor behandeld of onder behandeling? 0 Ja 0 Nee
Bij welke arts/specialist/therapeut _____

5. Slaapt u goed? 0 Ja 0 Nee
Eet u gevarieerd en gezond? 0 Ja 0 Nee
Rookt u? 0 Ja 0 Nee
Drinkt u 1 of meerdere keren per week 6 glazen alcohol op 1 dag? 0 Ja 0 Nee
Drinkt u 2 liter water of meer per dag? 0 Ja 0 Nee
Gebruikt u veel producten met suikers? (frisdrank, snoep etc.) 0 Ja 0 Nee

6. Ondervindt u last van:
0 Stemmingen 0 Sombereheid 0 Boosheid 0 Vermoeidheid
0 Stress
Bent u hiervoor onder behandeling? 0 Ja 0 Nee
Bij welke arts/specialist/therapeut _____

7. Gebruikt u medicijnen? 0 Ja 0 Nee
 Zo, ja welke en waarvoor? _____

8. Heeft u periodes van depressie, burnout of overspannenheid gekend? 0 Ja 0 Nee
 Zo, ja wanneer, hoe lang, met welke begeleiding/medicatie?

9. Bent u allergisch? 0 Ja 0 Nee
 Waarvoor en in welke mate? _____
 Bent u hiervoor behandeld of in behandeling? 0 Ja 0 Nee
 Bij welke arts/therapeut? _____
10. Gebruikt u voedingssupplementen? 0 Ja 0 Nee
 Zo, ja welke en waarvoor? _____

Wilt u aankruisen welke punten op u van toepassing zijn?

Algemeen

- Hoofdpijn, dagelijks/wekelijks/maandelijks
- Slapeloosheid
- Gewichtsverandering, toename/afname
- Duizeligheid
- Moeheid, continu/ochtend/middag/avond
- Allergie

Maag/darmen

- Darmontsteking
- Verstopping/obstipatie
- Diarree
- Opgezetten buik
- Misselijkheid
- Winderigheid
- Buikpijn/krampen
- Maagzuur
- Bloed bij de ontlasting

Vrouw

- Zwanger
- Pijnlijke menstruatie
- Onregelmatige menstruatie
- Langdurige menstruatie
- Premenstrueel syndroom PMS
- Opvliegers

Spieren/gewrichten

- Gespannen/slappe spieren
- Lage rugpijn
- Nekpijn
- Tinteling/uitstraling
- Spierpijn/krampen
- Bewegingsbeperkingen

Gesteldheid

- Zenuwachtigheid
- Depressie
- Concentratiezwakte
- Angst
- Veel piekeren
- Besluiteloos
- Geïrriteerd

Huid/doorbloeding

- Koude handen/voeten
- Spataders
- Vocht vasthouden
- Snel blauwe plekken
- Eczeem/uitslag
- Droge huid/transpiratie
- Jeuk