



Massage- en Sporttherapie

Telefoon: 06-40597565 | Mail: info@massagesporttherapie.nl | KVK: 85909858

Anamneseformulier

Naam: _____
Geboortedatum: _____
Adres: _____
Postcode/Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mailadres: _____

Hulpvraag

Wat is uw klacht / waarvoor komt u? _____
Hoelang heeft u hier last van? _____
Belemmeringen in dagelijks leven? _____
Eerdere massage-ervaring? _____

Medische voorgeschiedenis

Onder behandeling van arts/therapeut? ☐ Ja ☐ Nee
Medicijngebruik: _____
Allergieën: _____
Klachten: ☐ Huid ☐ Spieren ☐ Gewrichten ☐ Lymfe ☐ Trauma ☐ Operatie
Diabetes: ☐ Ja ☐ Nee | Hartklachten: ☐ Ja ☐ Nee | Pacemaker: ☐ Ja ☐ Nee
Trombose: ☐ Ja ☐ Nee | Spataderen: _____

Leefstijl

Stressvolle periode? ☐ Ja ☐ Nee | Onrust/angst? ☐ Ja ☐ Nee
Roken/Alcohol/Drugs? ☐ Ja ☐ Nee
Zwangerschap/kinderwens? ☐ Ja ☐ Nee
Slaapt u goed? ☐ Ja ☐ Nee
Overige bijzonderheden: _____

Doel behandeling

.....

Handtekening cliënt: _____ Datum: _____
Handtekening therapeut: _____ Datum: _____

AVG Toestemmingsformulier

Ik, ondergetekende, geef toestemming aan Massage- en Sporttherapie om mijn persoonsgegevens te verwerken ten behoeve van behandeling.

- Naam, adres, geboortedatum, contactgegevens
- Medische gegevens t.b.v. behandeling

Handtekening cliënt: _____ Datum: _____