

tijd voor [life massages] aandacht

ANAMNESE FORMULIER

Datum

Achternaam Voornaam

Adres Postcode en plaats

E-mail Telefoon

Geboortedatum Geslacht m v Gewicht kg Lengte cm

Beroep Hobby(s)

Sport(en)	Niveau	Hoe vaak per week	Aantal uur
-----------	--------	-------------------	------------

.....
-------	-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------	-------

.....
-------	-------	-------	-------

ALGEMENE GEGEVENS

JA NEE

01 Heeft u klachten over uw gezondheid?

02 Bent u nu onder behandeling van een specialist (bijvoorbeeld huisarts, specialist, fysio)

03 Bent u ooit geopereerd? Zo ja waaraan, wanneer en waar?

.....

.....

.....

04 Gebruikt u (homeopatische) medicijnen? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

05 Heeft u littekens of hechtingen?

06 Heeft u wel eens een grote val gemaakt (bijv. auto ongeluk, van de trap gevallen)?

07 Heeft u wel eens last van nekpijn rugpijn schouder elleboog handen heup bovenbenen
knieën kuiten voeten anders

08 Heeft u vaak blessures?

VOEDING EN SLAAPPATROON

09 Is uw eetlust goed?

10 Heeft u ooit last van braken zuurbranden diarree verstoppingen vermageren dik worden

12 Bent u ergens allergisch voor?

13 Slaapt u goed?

14 Staat u 's ochtends fit op?

15 Gebruikt u wel eens tabak, drugs, doping of overmatig alcohol?

16 Heeft een andere (nog niet genoemde) ziekte, afwijking of aandoening waardoor u sommige sporten niet kunt beoefenen?

SOCIALEN EN STRESSFACTOREN

17 Heeft u momenteel een stabiele thuisituatie?

18 Ervaart u momenteel veel stress (werk, privé, opleiding enz.)

life massages

tijd voor [life massages] aandacht

VOOR VROUWEN

JA NEE

- 19 Gebruikt u de pil?
- 20 Bent u momenteel zwanger? Zo ja, hoe lang? weken
- 21 Neemt u deel aan wedstrijden?
- 22 Traint u volgens een bepaald schema?
- 23 Traint u voor een bepaald doel? Zo ja, welk

SPORTGEGEVENS

JA NEE

- 24 Wanneer is de volgende training gepland? (datum + intensiteit)

IK DOE AAN?

- 25 Warming up
- 26 Stretching
- 27 Cooling down

- 28a Wat is uw voorkeursbeen? Links Rechts 28b Wat is uw voorkeursarm? Links Rechts

BLESSURE

- 29 Beschrijf hier de aard van de blessure(s), wanneer voelbaar, soort pijn, enz? (beschrijf situatie)
.....
.....
- 30 Heeft u regelmatig terugkeerde blessure? Zo ja, beschrijf de blessure
.....
.....
- 31 Wat is uw uiteindelijke doelstelling?
.....
- 32 Eventuele opmerkingen of vragen die niet aan bod zijn gekomen?
.....

Uiteraard zullen bovenstaande gegevens met uiterste voorzichtigheid behandeld worden.

Doorgeven van informatie aan derden zal enkel en alleen geschieden met schriftelijke toestemming van de client.

VERKLARING

Ondergetekende geboren te
verklaart akkoord te gaan met de algemene voorwaarden (zie www.life-massages.nl).

Handtekening Schijndel Datum

AANTEKENINGEN MASSEUR

Zijn er contra-indicaties om te mogen behandelen?

Zo ja, doorverwijzen naar

Zo nee, is het behandelplan besproken met client?

life massages