****

**ANAMNESE FORMULIER**

**Datum:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam: |  | Telefoon:  |  |
| Adres: |  | Geboortedatum: |  |
| Woonplaats: |  | Beroep: |  |
| E-mailadres: |  | Aanbevolen door: |  |
| Eerder massage ondergaan?Reden afspraak:Wat al gedaan?Wat verwacht u van mij? | Ja/nee |
| **Specifieke vragen pijn** |
| Sinds wanneer pijn? |  |
| Waar zit de pijn? Kunt u de pijn aanwijzen? |  |
| Waar komt de pijn vandaan? |  |
| Straalt de pijn uit?  |  |
| Hoe voelt de pijn? Is het een constante pijn? |  |
| Kunt u slapen met deze pijn? |  |
| Doof gevoel? *(zenuwbeknelling)* |  |
| Pijn bij het hoesten, niezen of persen? *(hernia)* |  |
| Komen deze klachten in de familie voor? |  |
| Onder behandeling arts/specialist, Diagnose? |  |
| Zijn er foto’s gemaakt? |  |
| Bij welke activiteiten heeft u last? |  |
| Wat betekent deze klacht voor u? Wat zou u doen als u de klacht niet had? |  |
| Toelichting: |

****

**ANAMNESE FORMULIER (vervolg)**

|  |
| --- |
| **Medische achtergrond** |
| Bloeddruk | Hartfalen  | Ziektes zenuwstelsel | Allergieën |
| Leveraandoeningen | Recent operatie | Epilepsie | Oedeem |
| Trombose | Spataderen | Depressie/burn out | Zwellingen |
| Diabetes | Recent trauma | Algemeen onwelbevinden | Andere gezondheids-problemen |
| Recent onverklaard gewichtsverlies >5kg | Kanker in voorgeschiedenis | Al langer bestaande (onverklaarde) koorts | medicijngebruik |
| Zwanger/proberen zwanger te worden | Langdurig gebruik corticosteroïden | Onder behandeling arts/specialist (naam) | Reden en telefoonnummer arts |
| Toelichting: |
| **Levensstijl** |
| Gebruikt u alcohol? | Vaak / soms / nooit | Slaapt u goed? |  |
| Rookt u? | Vaak / soms / nooit | Sport u? |  |
| Eet u gezond? |  | Hoe is uw stoelgang? |  |
| Drinkt u voldoende (water), hoeveel? |  | Wat is uw stress-niveau? |  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  |
| Hobby’s? |  | Wat is uw energie-niveau? |  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| http://us.cdn2.123rf.com/168nwm/patrimonio/patrimonio0909/patrimonio090900142/5603380-female-human-anatomy-front-and-back.jpgPijnpunten op de het lichaam / aandachtspuntenHierbij geef ik ……(*naam invullen*)…………………….… aan dat ik kennis heb genomen van bovenstaande informatie, en dat ik alle belangrijke/relevante gezondheidsinformatie heb doorgegeven aan mijn behandelaar.Ik onderga de behandeling op eigen risico en ik zal de behandelaar niet aansprakelijk stellen voor enige gevolgen, bijwerkingen en/of nawerkingen die mogelijk het gevolg zouden kunnen zijn van een massage.Een massagetherapeut is geen arts of fysiotherapeut en is dus niet bevoegd om diagnoses te stellen bij ziekte of blessures of andere verwondingen. Een behandeling door een massagetherapeut is niet bedoeld als een alternatief voor een medisch advies of behandeling.Aldus naar waarheid ingevuldGetekend te …………………………………………………Datum: ………………………………………………………. Nijverheidsweg 75061 KK Oisterwijk0638732373info@massagepraktijkwilliam.nlwww.massagepraktijkwilliam.nllNa het terug sturen verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld |