

PERSONALIA

Naam _____
Adres _____
Postcode/Plaats _____
Geboortedatum _____
Verzekeringsnummer _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Kinderen _____
Beroep/dagelijkse bezigheden _____
Huisarts/Woonplaats _____
Specialist/Tel _____
Andere Behandelaar(s)/Tel _____
Medicijnen _____
Doorstrepen: Linkshandig / Rechtshandig / Beide

INTAKE

Wat is uw huidige klacht?

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

Welke omstandigheden geven verbetering? (bv: warmte kou beweging eten houding ontspanning)

Welke omstandigheden geven verslechtering? (bv: warmte kou beweging eten houding ontspanning fysieke belasting psychische belasting)

Is er een reguliere diagnose gesteld? Welke?

Heeft u nog andere klachten?

0 invullen indien momenteel op u van toepassing:

- 0 Koorts
- 0 Griep
- 0 Minder dan 3 maanden zwanger
- 0 *Osteoporose (Breuss kan wel)*

Massage

- 0 Ontstekingsremmer
- 0 Burn-out en uitputting
- 0 Ernstige hart- / vaatziekte
- 0 Antibioticum
- 0 Besmettelijke (huid-) ziekte
- 0 Infectieziekte
- 0 Trombose
- 0 *Antidepressivum*
- 0 *Huiduitslag (Shiatsu kan wel)*
- 0 *Bloed- of lymfekanker*

Plaatselijk:

- 0 Botbreuk
- 0 Open wond
- 0 Spataderen
- 0 Ontsteking
- 0 *Zwanger*

Dorn

- 0 Ontstekingen
tussenwervelschijven
- 0 Verlamming(en) (spier(en))
- 0 2-3 jaar intensief gebruik
cortisonen of prednison
- 0 Bloedverdunners
- 0 Val van hoogte / zwaar ongeluk:
eerst specialist
- 0 Tumor in wervelkolom
- 0 Borst- / botkanker; uitzaaiingen
- 0 Wervel- / botbreuk

Aandacht:

- 0 Heupslijtage / kunstheup
- 0 Hernia / Ischias
- 0 Steunzolen

Geen J-olie:

- 0 Zonnebaden /-bank / zwanger

Dank u voor uw medewerking. Uiteraard gaat Marlijn Coppens zeer vertrouwelijk om met uw gegevens en worden deze zonder uw toestemming niet besproken met derden. U verklaart zich hierbij akkoord met consult, behandeling en de kosten.

Met de gemaakte afspraken verklaar ik mij akkoord,

Naam

Handtekening

Datum