# Anamnese & Intake formulier: Shiatsu Zuidwest Friesland

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Persoonlijke informatie | Voornaam: |  |
| Achternaam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Telefoon thuis: |  |
| Mobiele telefoon: |  |
| Burgerservicenummer: |  |
| Partner: |  |
| Adres: |  |
| Woonplaats: |  |
| Postcode: |  |
| E-mail adres: |  |
| Verzekerd bij +verzekeringsnummer: |  |
| Wie is uw huisarts: |  |
| Wat zijn uw klachten:(zijn deze constant dagelijks, zo nu en dan of maandelijks) |  |
| Bent u bij de Huisarts/Specialist geweest (foto, bloedonderzoek, advies): |  |
| Gebruikt u medicijnen, welke: |  |
| Zijn er dingen waar we rekening mee moeten houden voor behandeling zoals: pace-maker, kunst of metalen voorwerpen in het lichaam, contact lenzen etc.: |  |
| Mogen wij overleggen met de Huisarts(indien nodig): |  |
| Bent/was u in behandeling bij een andere Therapeut: |  |
| Zo ja, was/is dit voor dezelfde klachten: |  |
| Waren er in het verleden ook gezondheidsklachten(welke): |  |
| Zijn er ook spanningen in het gezin, familie of op het werk: |  |
| Slaapt u goed: |  |
| Heeft u een gezonde eetlust: |  |
| Gebruikt u meer dan 2 glazen alcohol per dag en/of rookt u: |  |
| Hoe zit u in u vel (moe,lekker,stress,druk,etc): |  |
| Doet u aan sport  (fitness, wandelen, joggen): |  |
| Bent u verder gezond geen slepende ziekte of beperking gehad of op dit moment nog aanwezig: |  |
| Welke resultaten verwacht u precies van de behandeling: |  |

Client geeft hierbij toestemming voor Shiatsu therapie en verklaart voldoende geïnformeerd te zijn over de behandelmethode en de doelstelling van de behandeling. Tevens is vermeld dat de therapeut lid is van het N.V.S.T. waardoor het klacht en tuchtrecht van toepassing is.

Handtekening cliënt: Datum: