



Koperslagersveste 5
6846 BE Arnhem

Anamnese/intake formulier

Hieronder treft u een vragenlijst bedoeld om inzicht te krijgen in uw gezondheidstoestand. Het uitgangspunt bij shiatsu-therapie is dat we niet alleen kijken naar de eigenlijke gezondheidsklacht, maar een volledig beeld proberen te krijgen van de huidige situatie van de cliënt. De behandeling vindt vervolgens plaats op basis van dat totale patroon.

Privacy: dit formulier geeft uw shiatsu-therapeut een beeld van uw gezondheidstoestand. Het valt als zodanig onder het beroepsgeheim. Zonder uw uitdrukkelijke toestemming zullen geen gegevens worden doorgegeven aan derden.

Datum invulling formulier : _____

1. PERSONALIA

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnr.	
Emailadres	
Geboortedatum	
Beroep	

2. KLACHT(EN)

Wat is/zijn uw huidige klacht(en)? Van welke klacht heeft u het meeste last?

Hoe lang heeft u er al last van?

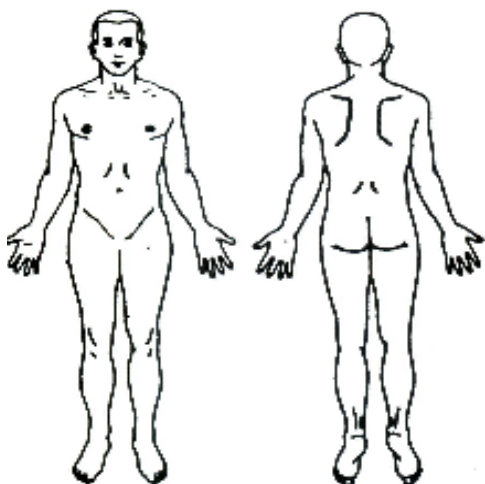
Is de klacht constant aanwezig?

Verergert of vermindert de klacht door bepaalde omstandigheden?

(Denk bijvoorbeeld aan bepaalde weersomstandigheden / bij rust of juist bij beweging)

Wilt u bij lichamelijke klachten op het plaatje aangeven/tekenen waar de pijn of het ongemak zit?

➤ **wordt tijdens het intake gesprek ingevuld!**



Heeft u wel eens een grote val gemaakt? (auto ongeluk/hersenschudding) ja/nee

Bent u momenteel onder behandeling van een arts, of van een specialist? ja/nee
Zo ja, welke specialist en waarvoor?

3. ALGEGELE GEZONDHEIDSTOESTAND

Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10. _____

Gebruikt u op dit moment medicijnen? (vermeld ook vitaminen en alternatieve preparaten) ja/nee
Zo ja, welke medicijnen?

Doet u aan lichaamsbeweging? ja/nee
Zo, ja wat doet u?

Heeft u op dit moment last van stress of andere emotionele omstandigheden? ja/nee
Korte toelichting:

Heeft u vaak last van uw maag en/of darmen? ja/nee

Heeft u een goede eetlust? ja/nee

Kunt u goed inslapen en/of doorslapen? ja/nee

Heeft u regelmatig last van nachtzweeten? ja/nee

Bent u vaak moe? ja/nee

Heeft u het snel koud? Ja/nee

Heeft u regelmatig last van hartkloppingen, een beklemmend of ander oncomfortabel gevoel op de borst? Ja/nee

Heeft u regelmatig last van spierkrampen of andere spierklachten? Ja/nee

5. VRAGEN VOOR VROUWEN

Bent u op dit moment zwanger? ja/nee
Slikt u de pil? ja/nee

Hoe is in het algemeen uw menstruatie?
Regelmatig/onregelmatig
Pijn bij de menstruatie Veel / normaal / weinig
Bloedverlies? Veel / normaal / weinig

6. TOT BESLUIT

Wilt u nog iets toevoegen aan bovenstaande informatie?

Hartelijk dank voor uw tijd.

Wilt u dit formulier s.v.p uiterlijk een dag van tevoren naar mij toesturen?

E-mailadres: info@shiatsu-en-stoelmassage.nl