



## Medische intake

Het is belangrijk om tot een juist inzicht te komen omtrent uw belasting, belastbaarheid, en contra-indicaties. Vul daarom dit formulier zo volledig mogelijk in. Als een vraag niet op u van toepassing is, kunt u die uiteraard overslaan.

### Personalia

Naam: \_\_\_\_\_ Achternaam: \_\_\_\_\_ Geslacht: Man ; Vrouw

Geboortedatum: \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ (dd-mm-jjjj) Leeftijd: \_\_\_\_ Roker: Ja ; Nee

Adres: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

(Mobiele) Telefoon: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.

Lengte: \_\_\_\_ (cm) Gewicht: \_\_\_\_ (kg) Rustpols: \_\_\_\_ sl/m Bloeddruk: \_\_\_\_ (dia) ; \_\_\_\_ (sys)

### Verwijzing specialist

Verwezen door: huisarts | fysiotherapeut | fitness trainer | overige specialist, namelijk: \_\_\_\_\_

Wilt u dat uw specialist over deze interventies wordt geïnformeerd? Ja ; Nee

Naam specialist: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Hulpvraag

Omschrijf zo goed mogelijk de reden van uw hulpvraag en de aarde van uw lichamelijke klacht:

.....  
 .....  
 .....

Getekend op \_\_\_\_ \_\_\_\_\_, 20\_\_ te \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (land)

\_\_\_\_\_  
*Handtekening*

Door mijn handtekening op te zetten verklaar ik de 'contra-indicaties' aan de achterzijde zorgvuldig te hebben gelezen en alle vragen naar de waarheid te hebben ingevuld.



## Contra-indicaties

### Wanneer er wel of niet gemasseerd mag worden

De massage heeft tot doel uw gezondheid te bevorderen. Contra-indicaties zijn aanwijzingen die ertoe leiden dat massage op een bepaald moment niet aanbevolen is. Er mag geen massage in welke vorm dan ook, worden gegeven wanneer er afwijkingen of aandoeningen geconstateerd zijn die het helend proces van de massage verhinderen.

### Heeft u een van onderstaande contra-indicaties?

- |  |          |
|--|----------|
| • Te veel pijn                                 | Ja / Nee |
| • Koorts, griep                                | Ja / Nee |
| • Ontstekingen                                 | Ja / Nee |
| • Algemene infectieziekten                     | Ja / Nee |
| • Extreme vermoeidheid of uitputting           | Ja / Nee |
| • Kneuzingen, blessures, blauwe plekken        | Ja / Nee |
| • Vaataandoeningen (trombose, arteriosclerose) | Ja / Nee |
| • Pathologieën (ziektebeelden)                 | Ja / Nee |
| • Slechte algemene gezondheid                  | Ja / Nee |
| • Huidaandoeningen                             | Ja / Nee |
| • Steenpuist (-en)                             | Ja / Nee |
| • Zwangerschap                                 | Ja / Nee |

Heeft u twijfels of u wel of niet gemasseerd zou moeten worden? Neem dan eerst [contact](#) met uw specialist op. Samen met de [fysiotherapeut](#) kan er worden bepaald of het aanbevolen is om u te behandelen of (nog) niet.

**Privacy:** alle gegevens die u op deze intake vragenlijst invult en alle antwoorden die u op de gestelde vragen geeft, worden binnen dit centrum strikt vertrouwelijk behandeld en worden nooit zonder voorafgaande, schriftelijke toestemming aan derden verstrekt. Uw persoonlijke gegevens worden uitsluitend gebruikt om uw medische status in kaart te brengen voor zowel de huidige, als voor toekomstige interventies door uw behandelend specialist.

**Aansprakelijkheid:** u bent ervan bewust dat iedere interventie geheel op eigen risico geschiedt. Wij besteden veel zorg en aandacht aan een gepaste en professionele behandeling voor u. U begrijpt daarom dat door ondertekening van dit formulier, de V.O.F. YorACTION en haar medewerkers vrij stelt van welke aansprakelijkheid dan ook met betrekking tot eventuele schade en/of letsel naar aanleiding van, tijdens, of na iedere persoonlijke interventie door een van onze specialisten.

**Gelieve deze medische intakelijst volledig ingevuld en ondertekend terug te geven aan de behandelend specialist.**



## Diagnose

### Lichamelijk

Wat is uw hoofdklacht?

.....

Wat zijn de situaties die de klacht verergeren of verbeteren? (weer, temperatuur, stress, bewegen, locatie)

.....

Operaties / Blessures / Ziekteverleden:

- a. Op / Zkt 1: ..... datum \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_
- b. Op / Zkt 2: ..... datum \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_
- c. Op / Zkt 3: ..... datum \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Gevolg van de operaties / ziekten en huidige lichamelijke of psychische gesteldheid:

.....

.....

Heeft u allergieën?

Ja ; Nee

Zo ja, welke: .....

Gebruikt u medicatie?

Ja ; Nee

Zo ja, welke: .....

Doeleinden medicatie: .....

### Sociaal

Beroep / opleiding

.....

Hobby's / Sport

.....

Korte omschrijving van uw dagelijkse (beweeg-) activiteiten

.....

### Psychisch / Mentaal aspect

Zijn er gebeurtenissen die tegelijkertijd met het begin van de klachten plaatsvonden? Ja ; Nee

Zo ja, welke: .....

Noem de meest belastende mentale en/of psychische (dagelijkse) activiteiten

.....



## Verloop en locatie van de klachten

Hoe veel uren slaapt u gemiddeld per nacht?

..... uren ; in een schaal van 1 tot 10, geef de score aan van uw slaapkwaliteit: .....

Bent u reeds voor deze klacht behandeld geweest? Zo ja, welke zijn de resultaten ervan geweest?

.....

Heeft u emotionele klachten? Hoe bent u daarvoor behandeld?

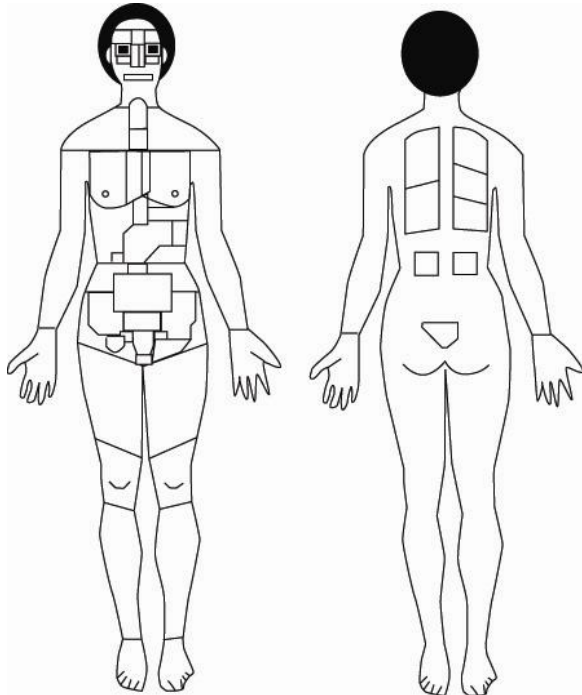
.....

Zijn er in uw leven indringende ervaringen of gebeurtenissen geweest? (chtscheiding, sterfgevallen, pesterijen, ontslag, werkloosheid, aanranding, inbraak, ongeval). Geef een korte omschrijving en tijdstip.

.....

.....

Geef de plaats aan van de pijn of de verschijnselen



Opmerkingen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Omschrijving behandelmethode:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Resultaten van de interventie:

.....  
.....  
.....

## Afronding (enkel voor intern gebruik)

Vervolgafspraak op : \_\_\_\_\_ (dag), \_\_\_\_\_ (datum) 20 \_\_\_\_ (jaar) Tijdstip: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ uur

Locatie: \_\_\_\_\_ (adres) te \_\_\_\_\_ (plaats) Specialist: \_\_\_\_\_

