

---

## Intakeformulier sportmassage en triggerpoint therapie

---

### Gegevens huisarts

Naam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

---

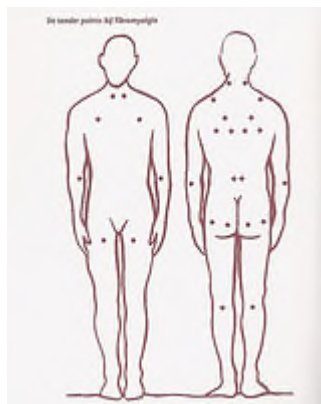
### Gegevens cliënt

Naam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_  
Geslacht: M / V Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Plaats: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

---

Omschrijving van de te behandelen klacht:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Omcirkel pijngebieden

<b><u>Vraag</u></b>	<b><u>Ja</u></b>	<b><u>Nee</u></b>	<b><u>Eventuele toelichting bij ja antwoord.</u></b>
Gebruikt u medicijnen			Welke: Waarvoor:
Bent u onder behandeling van een specialist			Waarvoor:
Is uw algemene gezondheid de laatste tijd afgenomen			
Bent u momenteel ziek			Wat:
Heeft u momenteel onverklaarbare koorts			

Heeft u de laatste tijd onverwacht gewicht verloren			Hoeveel:
Heeft u alcohol of drugs problemen			Welke:
Heeft u langdurig gebruik gemaakt van corticosteroiden			Hoe lang:
Heeft u botbreuken gehad in het verleden			Hoe vaak:
Bent u in het verleden ernstig ziek geweest			Welke ziekte:
Heeft u problemen met slapen			Waardoor:
Heeft u nachtelijke pijnen			Omschrijving:
Heeft u uitval van gevoel in uw lichaam			
Heeft u plotseling krachtsverlies in uw lichaam			
Heeft u rare tintelingen in uw lichaam			Waar:
Verliest u regelmatig uw evenwicht			
Is uw klacht het gevolg van een recent trauma			Omschrijving:
Indien uw klachten door rust of houdingverandering NIET afnemen of veranderen; vul ja in			
Heeft u de laatste tijd last van spraakproblemen			
Heeft u de laatste tijd last van verwardheid of geheugenverlies			
Verliest u soms de controle over uw blaas of ontlasting			
Bent u de laatste tijd controle over uw ledematen verloren			
Bent u onder controle van de trombosedienst			
Heeft u recentelijk gevlogen of gedoken			Wat:
Heeft uw arts ooit hartproblemen bij u geconstateerd			
Heeft u pijn op de borst bij fysieke inspanning			
Heeft u momenteel veel stress of bevindt u zich in emotioneel heftige omstandigheden			Waardoor:
Bent u onder behandeling van een psycholoog of psychiater			Wie:

Handtekening cliënt: \_\_\_\_\_

-----