

Intakeformulier

Huisarts:

Tel:

Specialist:

Tel:

Clïënt nummer:

Naam:

Voornaam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

E-mail adres:

Uw geboortedatum:

Lengte en gewicht:

Burgerlijke staat:

Aantal kinderen:

Heeft u eerder voetreflexologie behandelingen gehad? Ja / Nee

Beroep

Bent u op dit moment werkzaam? Ja / Nee

Voltijds of deeltijds?

Klachten:

Kan u in het kort vertellen wat de klachten zijn?

Hoelang heeft u deze klachten al?

Bent u verder gezond?

Indien klacht , welke wil u eerst laten behandelen?

Levensstijl:

Is uw voedingspatroon gevarieerd? Ja / Nee

Eet u veel suikers? Weinig / Matig / Veel

Neemt u genoeg tijd om te eten? Ja / Nee

Hobby's of ontspanning, welke?

Sport of beweging, welke?

Rookt u? Ja / Nee

Gebruikt u alcohol? Ja / Nee

Medische voorgeschiedenis:

Bent u onder behandeling van een arts of therapeut?

Zo ja, waarvoor?

Welke geneesmiddelen en voedingssupplementen gebruikt u nu?

Heeft u wel eens een operatie ondergaan?

Zo ja, waarvoor?

Heeft u ergens littekens?

Zo ja, waar?

Zijn er erfelijke ziekten in uw familie?

Zo ja, bij wie en waar?

Allergieën:

Kan u alles eten/drinken?

Heeft u een voorkeur: bitter, zuur, zoet, hartig, pittig?

Bent u ergens allergisch voor bv. Crème, alcohol enz.?

Contra-indicaties:

	JA	NEE
Acute ontstekingsprocessen in bloed- en lymfevaten in voeten en/of benen (o.a. trombose)		
Met hoge koorts gepaard gaande ziekten		
Algemene infectieziekten		
Besmettelijke huidziekten		
Zwangerschap		
Bij ernstige nierklachten		
Bij schimmelvelden aan de voet		
Bij elke vorm van kanker		

Wat hoopt u te bereiken met de voetreflexologie behandelingen?

Behandeling:

Volgorde:

1.

2.

Volgende behandeling:

Ondergetekende verklaart hierbij goed geïnformeerd te zijn over voetreflexologie en heeft bovenstaande vragen naar waarheid ingevuld. Indien er in de periode van de voetreflexologie behandelingen een verandering plaatsvindt in mijn medisch dossier, zoals ik hierboven heb ingevuld, zal ik dit direct bij de therapeut melden.

Handtekening:

Datum:

