



Intakeformulier

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geboortedatum:	
Beroep:	
Ziektekosten nr	
ZK Verzekering	

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Welke ziektes of gezondheidsproblemen heeft u of heeft u ooit gehad? (Denk o.a. aan huidaandoeningen, diabetes, kanker, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten, rugpijn, hoofdpijn, migraine, reumatische aandoeningen, psychische problemen etc.)

.....
.....

Heeft u ooit iets gebroken? Wat en wanneer?

.....
.....

Heeft u ooit een operatie ondergaan? Waarvoor en wanneer?

.....
.....

Bent u ergens allergisch voor?

.....
.....

Gebruikt u medicijnen? Welke medicijnen en waarvoor?

.....
.....

Gebruikt u vitamines/voedingssupplementen? Welke en waarvoor?

.....
.....

Staat u onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog etc.)?

.....
.....

Bent u op dit moment zwanger? Hoeveel weken?

.....
.....

Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot uw gezondheid die uw Rolfer dient te weten?

.....
.....

LEEFGEWOONTES

Rookt u en zo ja hoeveel per dag?

Drinkt u koffie en zo ja hoeveel kopjes per dag?

Hoeveel glazen alcoholische dranken drinkt u per week?

Hoeveel glazen water en overige niet-alcoholische dranken drinkt u per dag?

Hoeveel uur per week werkt u?

Hoeveel uur per week sport u en welke sport doet u?

.....

Ondervindt u veel stress in uw dagelijkse leven?

.....

Overige opmerkingen over uw leefgewoontes:

.....

DOEL/VERWACHTINGEN

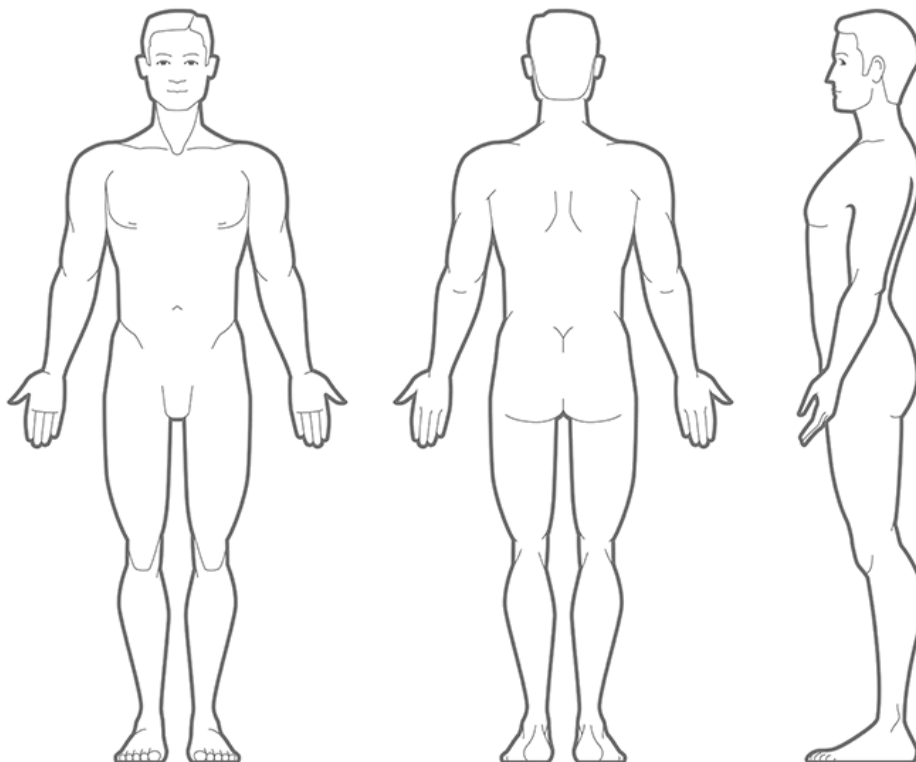
Wat is uw doel of wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot Rolwing

.....
.....

Heeft u eerder een behandeling gehad? Zo ja, wat voor soort behandeling was dat en hoe vaak?

.....
.....

Geef met een kruisje de gebieden aan waar u klachten heeft



Overige opmerkingen/aantekeningen:

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

OVEREENKOMST ROLFINGTHERAPEUT - CLIËNT

Met het tekenen van dit formulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Tussentijdse veranderingen zal ik direct doorgeven aan de Rolfing therapeut. Ik begrijp dat Rolfing SI geen vervanging is voor medisch onderzoek of voor het stellen van een medische diagnose. Deze behandeling mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal de Rolfing therapeut direct laten weten als ik tijdens de behandeling pijn of ongemak ervaar.

Handtekening cliënt:

Datum:

Handtekening Rolfing therapeut: Datum: