

Massage Therapie Intake & Toestemming

Gezondheidsgeschiedenis en geïnformeerde toestemming voor massage- en lichaamsverzorgingsdiensten

Clientgegevens

Voornaam *

Achternaam *

E-mailadres *

Telefoonnummer *

Geboortedatum *

DD / MM / JJJJ

Sessiedetails

Type aangevraagde massage *

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Zweeds / Ontspanning | ☐ Diepte weefselmassage | ☐ Sportsmassage |
| ☐ Hete stenen | ☐ Triggerpunt therapie | ☐ Myofasciale release |
| ☐ Lymfedrainage | ☐ Reflexologie | ☐ Aromatherapie |
| ☐ Cupping | ☐ Aanbeveling therapeut | |

Drukvoorkeur *

- | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Licht | ☐ Gemiddeld | ☐ Stevig |
| ☐ Diep / Zeer stevig | | |

Aandachtsgebieden / Bezorgdheid

- | | |
|---|--|
| ☐ Hoofd / Nek | ☐ Schouders |
| ☐ Bovenrug | ☐ Onderrug |
| ☐ Armen / Handen | ☐ Heupen / Billen |
| ☐ Benen / Voeten | ☐ Geheel lichaam — gelijke aandacht |

Gebieden om te vermijden

Gezondheidsgeschiedenis

Heeft u een van de volgende aandoeningen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Hoge bloeddruk | ☐ Hartaandoening |
| ☐ Diabetes | ☐ Kanker (actueel of recent) |
| ☐ Antecedenten van bloedstolsels / DVT | ☐ Osteoporose |
| ☐ Artritis | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Huidaandoening (eczeem, psoriasis, uitslag) | ☐ Spataderen |
| ☐ Hernia of uitstulpende discus | ☐ Geen van het bovenstaande |

Bent u momenteel zwanger? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Heeft u onlangs letsel, chirurgie of fractures gehad? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Beschrijf alstublieft indien ja

Huidige medicijnen

Bent u allergisch voor oliën, lotions of geuren? *

- ☐ Ja ☐ Nee

Beschrijf alstublieft indien ja

Toestemming & Vrijstelling

Toestemming massagetherapie:

1. Ik begrijp dat massagetherapie geen vervanging is voor medische behandeling.
2. Ik zal mijn therapeut informeren over enig ongemak tijdens de sessie.
3. Ik begrijp dat ik mij kan uitkleden tot op het niveau waarmee ik me comfortabel voel en zal altijd op passende wijze bedekt zijn.
4. Ik stem in met de massagetechnieken die met mijn therapeut zijn besproken.
5. Ik begrijp dat massage soms spierpijn, blauwe plekken of lichte duizeligheid kan veroorzaken.
6. Ik heb alle relevante gezondheidstoestanden openbaart en begrijp dat het achterhouden van informatie de veiligheid van mijn behandeling kan beïnvloeden.

Ik stem in met massagetherapie en heb alle relevante gezondheidsinformatie openbaar gemaakt.

Ik heb bovenstaande toestemming gelezen en ga ermee akkoord: _____

Sessienotities

Alleen voor intern gebruik

	Datum	Gebied	Techniek	Druk
Invoer 1				
Invoer 2				
Invoer 3				
Invoer 4				
Invoer 5				
Invoer 6				

Toestemming & Handtekening

Ik stem in met massagetherapie zoals beschreven. Ik heb alle relevante gezondheidstoestanden openbaar gemaakt en begrijp de aard en het doel van de behandeling. Ik ontslaa de therapeut van aansprakelijkheid.

Ik bevestig dat ik bovenstaande informatie heb gelezen en begrepen en geef mijn geïnformeerde toestemming.

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen: _____

Handtekening

Datum

Naam in blokletters

Datum *

DD / MM / JJJJ

Dit formulier is gratis beschikbaar gesteld door Consentify

Consentify zet formulieren zoals deze om in digitale toestemming die uw cliënten via QR-code op hun eigen telefoon ondertekenen — met automatische PDF's, contraïndicatiemarkeringen en versleutelde opslag. Gratis abonnement beschikbaar op <https://getconsentify.com>.

Alleen een sjabloon. Raadpleeg uw eigen erkende beroepsbeoefenaar of juridisch adviseur voordat u deze gebruikt; vereisten verschillen per rechtsmacht en praktijk.