

Intakeformulier kinder- en jongerenmassage

Personalia

Voornaam	
Achternaam	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
E-mail	
Mijn kind is 12 jaar of ouder en mag WEL / NIET (<i>omcirkel wat past</i>) <u>alleen</u> naar een behandeling komen.	
Datum:	Handtekening ouder:

Intake

U heeft TVGMASAGES-Praktijk voor kindermassages gevonden via:

Reden van aanmelding:

De massage(therapie) is geslaagd als:

Werd uw kind eerder al eens extra ondersteund (al dan niet met massagetherapie)? Bij wie? Om welke reden? Resultaat?

Opmerkingen:

Gezondheid en medische voorgeschiedenis

Heeft uw kind regelmatig last van hoofdpijn of migraine?

Ja / Nee

Indien ja, volgens welke frequentie?

Heeft uw kind vaak last van buikpijn (darmklachten)?

Ja / Nee

Indien ja, volgens welke frequentie?

Heeft uw kind last van een huidaandoening (bv. eczeem, open wonde)?

Ja / Nee

Indien ja, welke?

Heeft uw kind een hoge/lage bloeddruk of hartproblemen?

Ja / Nee

Is uw kind onlangs geopereerd?

Ja / Nee

Indien ja, waaraan precies?

Gebruikt uw kind medicijnen (bv. pijnstillers, antidepressiva, antibiotica, bloedverduunners, ontstekingsremmers)?

Ja / Nee

Indien ja, welke?

Heeft uw kind het voorbije jaar iets gebroken?

Ja / Nee

Indien ja, wat en wanneer?

Met het ondertekenen van dit intakeformulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Ik geef met de ondertekening toestemming voor het afstaan van mijn persoonsgegevens die als doel hebben het in contact kunnen komen en het verschaffen van inzicht in de gezondheidssituatie van mijn kind. In overeenstemming met de wet AVG (GDPR) heb ik te allen tijde het recht op inzage, correctie of verwijdering van mijn persoonsgegevens. Ik zal de massagetherapeut bovendien op de hoogte brengen wanneer mijn kind (vlak) na de massagebehandeling pijn of ongemak ervaart.

Handtekening klant:

Datum:



Opvolging

[illegible]