



## Anamnese & Intake formulier

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>Voornaam:</b>   |                              |
| <b>Achternaam:</b>   |                              |
| <b>Geboortedatum:</b>  |                              |
| <b>Telefoon thuis/mobiel:</b>  |                              |
| <b>Email adres:</b>  |                              |
| <b>Burgerservicenummer:</b>  |                              |
| <b>Postcode &amp; Adres:</b>   |                              |
| <b>Woonplaats:</b>   |                              |
| <b>Verzekerd bij:</b>  |                              |
| <b>Wat zijn uw klachten:</b>   |                              |
| <b>Consult huisarts:</b>   | Ja / Nee                     |
| <b>Gebruikt u medicijnen:</b>  |                              |
| <b>Bijwerkingen medicijnen:</b>  |                              |
| <b>Evt. Overleg huisarts? :</b>  | Ja / Nee                     |
| <b>Behandeling andere therapeuten zo ja welke &amp; voor dezelfde klachten?:</b>   |                              |
| <b>Waren er in het verleden gezondheidsklachten en/of operaties zo ja welke:</b>   |                              |
| <b>Spanningen in het gezin familie of op het werk:</b>   |                              |
| <b>Doet u aan sport zo ja welke:</b>   |                              |
| <b>Welke resultaten verwacht u precies van de behandeling:</b>   |                              |
| <p>De cliënt geeft hierbij toestemming voor Shiatsu therapie en verklaard voldoende geïnformeerd te zijn over de behandelmethode en de doelstelling van de behandeling.</p> <p>Tevens is vermeld dat de therapeut lid is van de NVST waardoor het klacht &amp; tuchtrecht van toepassing is.</p> | <b>Aanvulling therapeut:</b> |

Handtekening cliënt:

Datum: