Bisschop Sportmassage

Naam……………………………………………………………………………………………

Adres……………………………………………………………………………………………

Telefoonnummer………………………………………………………………………………

Heeft u een medische aandoening?

…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

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

…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

Bent u ergens allergische voor? (massageolie, cremes, lotions)

…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

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

…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

Wat is uw doel of wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot deze massagebehandeling?

…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

Hebt u op het moment last van pijn of ongemak? Waar hebt u last van? En hoe lang hebt u hier al last van?

…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

Overeenkomst

|  |
| --- |
| 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 massagetherapeut. Ik begrijp dat deze massagetherapie enkel ontspanning en het verminderen van spierspanning tot doel heeft. Het is geen vervanging voor medisch onderzoek of het stellen van een medische diagnose. Deze massagetherapie mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal de massagetherapeut het direct laten weten als ik tijdens de massagebehandeling pijn of ongemak ervaar. **Handtekening cliënt:** .............................. **Datum:** .............................. **Handtekening massagetherapeut:** .............................. **Datum:** ..............................  |