**Intake formulier Happy Healthcare**

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden? Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u doorgesproken worden. Uiteraard vallen deze gegevens onder strikt beroepsgeheim. Dank voor uw inspanning.

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalia** | |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoon |  |
| Email |  |
| Geboortedatum |  |
| Gezinssamenstelling |  |
| Beroep |  |
| Datum anamnese |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wat zou u graag gemasseerd willen hebben? (zet kruisje)** | | | | | |
| Rug |  | Schouder |  | Nek |  |
| Armen en handen |  | Benen en voeten |  | Borstgebied |  |
| Gezicht |  | Hoofd |  | Buik |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aanvullende vragen** | **Ja** | **Toelichting** |
| Zijn er delen van uw lichaam die u beschermt? Zo ja, welke? |  |  |
| Heeft u ergens pijn/gevoeligheid? Zo ja, waar? |  |  |
| Zijn er zaken die u niet prettig vindt met betrekking tot de massage? Zo ja, welke? |  |  |

|  |
| --- |
| **Wat zijn uw verwachtingen ten aanzien van de massage?** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Energie** | | | | | | | | | |
| Welk cijfer zou u geven voor uw energie op dit moment? 1 is extreem moe en 10 volop energie (u kunt het cijfer vetgedrukt maken) | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Op welk tijdstip van de dag heeft u de meeste vermoeidheid? | | | | |  | | | | |
| Ondervind u beperkingen in uw dagelijkse activiteiten? Zo ja, welke? | | | | |  | | | | |
| Hoe gaat u hiermee om? | | | | |  | | | | |
| Hoe slaapt u in het algemeen? (slecht, redelijk, goed, uitstekend, last van slapeloosheid) | | | | |  | | | | |
| Heeft u last van spanning (thuis/werk), angst, depressie? Zo ja, bent u hiervoor in behandeling? | | | | |  | | | | |

**Medisch intakeformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose** |  |
| Wanneer is bij u de diagnose gesteld? |  |
| Wat voor soort kanker heeft u? |  |
| Wat is de locatie? Links/rechts? |  |
| Is er sprake van uitzaaiingen? Zo ja, waar? |  |
| Bent u onder behandeling bij oncoloog of andere specialisten? |  |
| Wat was uw laatste bezoek? |  |

**Behandelingen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Chirurgie** | | | | |
| Heeft u een operatie ondergaan? Zo ja, wanneer en wat voor een operatie? | **Ja** |  | **Nee** |  |
| Datum en soort operatie |  | | | |
| Datum en soort operatie |  | | | |
| Datum en soort operatie |  | | | |
| Datum en soort operatie |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Chemotherapie** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Heeft u chemotherapie gehad? |  |  |  |
| Wanneer is deze gestart? |  |  |  |
| Aantal kuren? |  |  |  |
| Einddatum: |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Immunotherapie** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Heeft u immunotherapie (gehad)? |  |  |  |
| Wanneer is deze gestart? |  |  |  |
| Aantal kuren? |  |  |  |
| Einddatum: |  |  |  |
| **Radiotherapie** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Heeft u uitwendige of inwendige radiotherapie (gehad)? |  |  |  |
| Wat is het bestralingsgebied? |  |  |  |
| Wanneer is de radiotherapie gestart? |  |  |  |
| Aantal bestralingen? |  |  |  |
| Einddatum: |  |  |  |
| Heeft u nog last van het bestralingsgebied en/of geïrriteerde lymfklieren in nek, oksel of lies? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hormoontherapie** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Heeft u hormoontherapie (gehad)? |  |  |  |
| Wanneer is deze gestart? |  |  |  |
| Voor hoeveel jaar? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lymfklierverwijdering** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Zijn er lymfklieren verwijderd? Zo ja, waar in het lichaam? Links/rechts? |  |  |  |
| Heeft u lymfoedeem (gehad)? Zo ja, waar? Links/rechts? |  |  |  |
| Bent u hiervoor onder behandeling (geweest)? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Overige behandelingen** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Heeft u andere dan hierboven genoemde behandelingen gehad? |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ondersteunende/aanvullende behandelingen** | **Ja** | **Nee** | **Toelichting** |
| Maakt u gebruik van ondersteunende therapie (bijv. acupunctuur, homeopathie, dieet)? |  |  |  |
| Heeft deze therapie u kunnen ondersteunen en zo ja, op welke manier? |  |  |  |
| Reageert u snel of heftig op medicatie? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicatie** |  |  |  |
| **Naam medicatie** | **Dosering** | **Doel** | **Bijwerkingen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medische zaken** | Ja | Nee | Links | Rechts |  | Ja | Nee | Links | Rechts |
| Piccline/IV catheter |  |  |  |  | Urinecatheter |  |  |  |  |
| Port-a-Cath |  |  |  |  | Darmstoma |  |  |  |  |
| Borstprothese |  |  |  |  | Pruik |  |  |  |  |
| Borstreconstructie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bijwerkingen** | **Momenteel last van** | **Verleden last van** | **Toelichting** |
| Bewegingsbeperkingen? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Gespannen spieren? Zo ja, welke? |  |  |  |
| Osteoporose? |  |  |  |
| Pijn? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Botbreuken? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Operatiewond? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Verklevingen? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Pijnlijke littekens? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Hand-voetsyndroom / hand-voet huidreactie? |  |  |  |
| Neuropathie? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Branden/jeuken/prikkelen/  verdoofdheid voeten/handen?  Zo ja, welke klacht en waar? |  |  |  |
| Droge huid? |  |  |  |
| Reactie huid n.a.v. radiotherapie? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Huidinfectie? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Open wond(jes)? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Snel blauwe plekken? |  |  |  |
| (Diep veneuze) trombose/longembolie? |  |  |  |
| Afwijkende bloedwaardes? Zo ja, welke? |  |  |  |
| Hoge/lage bloeddruk? |  |  |  |
| Vocht vasthouden/oedeem? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Koorts? |  |  |  |
| Besmettelijke aandoeningen? |  |  |  |
| Gewrichtsproblemen? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Gewrichtsprotheses? Zo ja, waar? |  |  |  |
| Allergieën? Zo ja, welke? |  |  |  |
| Mondzweertjes? |  |  |  |
| Last van uw stoelgang? Zo ja, welke klachten? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Heeft u nog andere, niet kanker gerelateerde klachten en/of aandoeningen?** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Is uw behandelend arts op de hoogte van de massage?** |  |

*Ik realiseer me dat deze massage sessie wordt gegeven met als doel ontspanning en comfort. Ik bevestig dat ik de therapeut laat weten wanneer ik me ongemakkelijk voel of wanneer ik voel dat mijn welzijn in het gedrang komt. Ik heb middels deze intake de therapeut op de hoogte gesteld van alle medische aandoeningen waarvan ik me bewust ben.*

*Daarnaast wil ik graag dat persoonlijke gegevens vertrouwelijk worden behandeld, niet gedeeld worden met derden zonder toestemming van mijzelf. Met de opleiding worden gegevens anoniem besproken.*

**Datum :**

**Naam Cliënt :**

**Handtekening cliënt :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Locatie van de klachten**  Geeft u alstublieft aan waar in uw lichaam de tumor **(T),** uitzaaiingen**( M)** zitten en waar uw pijn **(P)** of ongemak**(O)** voelt.  **Tumor (T)**  **Metastase (M)**  **Pijn (P)**  **Ongemak (O)**  *(U kunt op de gekleurde vormpjes staan, klikken en schuiven naar de plaats op het figuur)* | |
|  |  |