

Persoonsgegevens

Voornaam: _____

Achternaam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Noodcontactpersoon + telefoonnummer: _____

Gegevens operatie

Datum van de ingreep: _____

Kliniek / ziekenhuis: _____

Naam behandelend arts / chirurg: _____

Type ingreep (bijv. liposuctie buik, benen, armen, BBL etc.): _____

Zijn er complicaties geweest tijdens of na de ingreep? Zo ja, welke? _____

Huidige situatie

Heb je momenteel pijn, zwelling of andere klachten? Zo ja, waar? _____

Zijn er open wonden, drains, infecties of blauwe plekken? _____

Draag je compressiekleding? Zo ja, hoe vaak / hoe lang per dag? _____

Medische achtergrond

- | | |
|---|--|
| ☐ Hoge/lage bloeddruk | ☐ Allergieën (zoals latex, olie, medicatie) |
| ☐ Hartproblemen | ☐ Auto-immuunziekten |
| ☐ Diabetes | ☐ Schildklierproblemen |
| ☐ Trombose / bloedstollingsproblemen | ☐ Andere relevante aandoeningen: _____ |
| ☐ Epilepsie | _____ |
| ☐ Infectieziekten (zoals HIV, hepatitis) | _____ |

Medicatiegebruik

Gebruik je op dit moment medicatie? Zo ja, welke?

Gebruik je op dit moment bloedverduunners?

Contra-indicaties

Zijn er medische redenen waarom je nu (nog) geen massages mag ondergaan volgens je arts?

Heb je toestemming van je arts om massages te ondergaan?

Verantwoordelijkheid en toestemming

Door ondertekening verklaar ik:

- Dat ik alle vragen naar waarheid heb ingevuld.
- Dat ik de behandelaar op de hoogte heb gebracht van mijn medische situatie.
- Dat ik begrijp dat deze massage geen medische behandeling vervangt, maar een aanvullende ondersteuning biedt bij herstel.
- Dat ik toestemming heb van mijn arts om massages te ondergaan.
- Dat ik de behandelaar niet aansprakelijk zal stellen voor enige complicaties of medische problemen die ontstaan als gevolg van onvolledige informatie of medische omstandigheden die buiten haar kennis en verantwoordelijkheid vallen.
- Dat ik bij gezondheidsveranderingen of nieuwe klachten dit onmiddellijk zal melden.
- Dat ik vrijwillig instem met de behandeling.

Handtekening _____

Datum _____