



Piet Heinstraat 38  
5151 MT Drunen  
T: 06 11 30 96 31  
E: [info@hoofdpijnvrijcentrum.nl](mailto:info@hoofdpijnvrijcentrum.nl)  
W: [www.hoofdpijnvrijcentrum.nl](http://www.hoofdpijnvrijcentrum.nl)

## Intakeformulier Hoofdpijnvrij Centrum

### PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam: Dhr./Mevr.	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geboortedatum:	
Huisarts:	
Lengte:	
Gewicht	
Hoofdpijn sinds:	

Wanneer zijn de klachten ontstaan?

.....

Wat is ongeveer 1,5 tot 2 jaar daarvoor gebeurd?

.....

Wanneer u deze klachten heeft, hoe lang houden deze aan (dagen/weken)?

.....

.....



Piet Heinstraat 38  
5151 MT Drunen  
T: 06 11 30 96 31  
E: [info@hoofdpijnvrijcentrum.nl](mailto:info@hoofdpijnvrijcentrum.nl)  
W: [www.hoofdpijnvrijcentrum.nl](http://www.hoofdpijnvrijcentrum.nl)

Welke medicijnen gebruikt u?

.....  
.....

Verergeren de klachten bij:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Warmte/kou  | <input type="checkbox"/> Stress          |
| <input type="checkbox"/> Mist        | <input type="checkbox"/> Planten/bloemen |
| <input type="checkbox"/> Rook/geuren | <input type="checkbox"/> Inspanning      |
| <input type="checkbox"/> Huisdieren  | <input type="checkbox"/> Vermoeidheid    |

Anders.....

Zijn de klachten tijdelijk minder geworden? Zo ja, wanneer was dat? En voor hoe lang?

.....  
.....

Waren er afwijkende of veranderde omstandigheden? Zo ja, welke?

.....  
.....

Heeft u nog andere klachten, zoals:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tandknarsen/kaakklemmen | <input type="checkbox"/> Rusteloze benen |
| <input type="checkbox"/> Blaasklachten           | <input type="checkbox"/> Darmklachten    |
| <input type="checkbox"/> Snurken                 | <input type="checkbox"/> Longen          |
| <input type="checkbox"/> Schouderklachten        | <input type="checkbox"/> Schouderblad    |
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn               | <input type="checkbox"/> Migraine        |
| <input type="checkbox"/> Kortademigheid          | <input type="checkbox"/> Balans          |
| <input type="checkbox"/> Armen                   | <input type="checkbox"/> Vingers         |
| <input type="checkbox"/> Eczeem, plaats.....     |  |



Piet Heinstraat 38  
5151 MT Drunen  
T: 06 11 30 96 31  
E: [info@hoofdpijnvrijcentrum.nl](mailto:info@hoofdpijnvrijcentrum.nl)  
W: [www.hoofdpijnvrijcentrum.nl](http://www.hoofdpijnvrijcentrum.nl)

Hoe verlopen/verliepen de menstruatiecycli?

.....  
.....

Heeft/had u een regelmatige of onregelmatige cyclus?

.....  
.....

Gebruikt u anticonceptiemiddelen?

.....

Hoe verliepen de zwangerschap(pen)?

.....  
.....

Bent u op een natuurlijke wijze bevallen of via een keizersnede?

.....  
.....

Heeft u moeite met slapen? ja/nee

Inslapen/doorslapen

Vroeg wakker, namelijk om.....

Heeft u moeite met concentratie? ja/nee

Rookt u? ja/nee

Bent u.....?            linkshandig/rechtshandig

Hoeveel uur per week sport u en welke sport doet u?

.....



Piet Heinstraat 38  
5151 MT Drunen  
T: 06 11 30 96 31  
E: [info@hoofdpijnvrijcentrum.nl](mailto:info@hoofdpijnvrijcentrum.nl)  
W: [www.hoofdpijnvrijcentrum.nl](http://www.hoofdpijnvrijcentrum.nl)

Hoelang doet u al aan sport?

.....

Kunt u de sportactiviteit omschrijven? (Denk daarbij aan intensiviteit en trainingsomvang)

.....

.....

Ondervindt u veel stress in uw dagelijkse leven?

.....

.....

Heeft u last van of in het verleden last gehad van

Hartklachten

Diabetes

Bloeddrukproblemen

Indien Ja, omcirkel: hoog/laag/gecontroleerd

Bent u (Mogelijk) zwanger?

Kaak- of aangezichtsreconstructie of chirurgie

Vroegere of aanwezige fracturen of (gewrichts)vervanging

Implantaten bv. borst, pacemaker; transplantatie nier/.....

Operaties in de afgelopen 6 maanden

Hernia's

Spiertrekkingen, wegrakingen of convulsies

Osteoporose

Migraine of andere ernstige hoofdpijnen



Piet Heinstraat 38  
5151 MT Drunen  
T: 06 11 30 96 31  
E: [info@hoofdpijnvrijcentrum.nl](mailto:info@hoofdpijnvrijcentrum.nl)  
W: [www.hoofdpijnvrijcentrum.nl](http://www.hoofdpijnvrijcentrum.nl)

### OVEREENKOMST THERAPEUT - CLIËNT

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 therapeut. Ik begrijp dat deze therapie enkel voor het doel is zoals hierboven beschreven. Het is geen vervanging voor medisch onderzoek of het stellen van een medische diagnose. Deze therapie mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal de therapeut het direct laten weten als ik tijdens de behandeling pijn of ongemak ervaar.

Ik ben er mij van bewust dat ik op de blote huid wordt behandeld. Dit betekent dat het ondergoed (onderbroek en BH) aangehouden kan worden. Dat de ontblote delen van het lichaam zoveel mogelijk worden afgedekt met een handdoek.

Ik ben op de hoogte van de massage voorwaarden. (Deze zijn terug te vinden op <http://www.hoofdpijnvrijcentrum.nl>)

Handtekening cliënt: .....

Datum: .....

Handtekening massagetherapeut: .....

Datum: .....