**Intakeformulier HOLISTIC HEADSPA**

**PERSOONLIJKE GEGEVENS**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: |  |
| Telefoon: |  |
| E-mail: |  |
| Geboortedatum: |  |

**HOE HEBT U ONS GEVONDEN?**

|  |
| --- |
| * Via een zoekmachine * Via social media * Via een advertentie * Via vrienden/familie * Anders, ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**MEDISCHE GESCHIEDENIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Hebt u een van de volgende aandoeningen? | |
| * Astma | * Huidaandoening, hoofdhuidaandoening namelijk …………………………………………………………… |
| * Haarproblemen namelijk   ……………………………………………………………. | * Kanker |
| * Nek- en schouderklachten ,rugklachten | * Koorts |
| * Bent u zwanger | * Migraine/hoofdpijn |
| * Gevoelige huid | * Stress problemen |
| * Claustrofobie |  |
| Gebruikt u vitamines/voedingssupplementen? Welke en waarvoor? | |
| Bent u ergens allergisch voor? (Massageolie, crèmes, lotions, etherische olie, parfums) | |
| Zijn er delen van uw lichaam waarvan u wilt dat ze niet aangeraakt worden?  ……………………………………………………………………………………………………………………… | |

**ANNULERINGSVOORWAARDEN**

|  |
| --- |
| Voor het annuleren van een massage gelden de volgende annuleringsvoorwaarden:   * Bij annulering tot 48 uur voor aanvang van een massage bent u geen kosten verschuldigd. * Bij annulering 24 uur voor aanvang van een massage bent u 50% van het bedrag voor de massage verschuldigd. * Bij annulering binnen 24 uur voor aanvang van een massage bent u 100% van het bedrag voor de massage verschuldigd. |

**OVEREENKOMST MASSAGETHERAPEUT - 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. Ik begrijp dat deze headspatherapie 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 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. Ook ga ik met het tekenen van dit formulier akkoord met de gestelde annuleringsvoorwaarden.  Handtekening cliënt: ………………………… Datum: …………………………  Handtekening massagetherapeut: ………………………… Datum: ………………………… |