

COVID-19 anamnese

- | | |
|---|--------|
| 1 Bent u de afgelopen 5 dagen ziek of verkouden geweest? | ja/nee |
| 2 Hebt u last van loopneus, niezen, hoesten, keelpijn of benauwdheid? | ja/nee |
| 3 Hebt u een verhoogde lichaamstemperatuur van meer dan 38°C gehad? | ja/nee |
| 4 Hebt u last van reuk- en/of smaakverlies? | ja/nee |
| 5 Hebt u een huisgenoot die één van de bovengenoemde klachten heeft? | ja/nee |
| > Zo ja, u kunt geen massage inplannen. | |
| 6 Bent u in contact geweest met COVID-19 besmette personen? | ja/nee |
| > Zo ja, hebt u zich de afgelopen 7 dagen laten testen? | ja/nee |
| 7 Bent u de afgelopen 14 dagen uit een code oranje of rood regio gekomen? | ja/nee |
| > Zo ja, u kunt geen massage inplannen. | |
| 8 Hebt u het COVID-19 virus gehad? | ja/nee |

Algemene anamnese

- | | |
|---|--------|
| Hebt u gezondheidsklachten aan hart of longen? | ja/nee |
| Bent u onder behandeling voor kanker? | ja/nee |
| Hebt u diabetes mellitus? | ja/nee |
| Gebruikt u medicatie voor auto-immuunziektes? Zo ja, waarvoor? | ja/nee |
| Gebruikt u prednison of bloedverdunners? | ja/nee |
| Gebruikt u medicatie die de rijvaardigheid (gele sticker) beïnvloedt? | ja/nee |
| Gebruikt u momenteel andere medicijnen? Zo ja, waarvoor? | ja/nee |
| Hebt u de afgelopen 4 uur gegeten? | ja/nee |
| Hebt u vandaag paracetamol, ibuprofen, aspirine of antibiotica geslikt? | ja/nee |
| Hebt u last van flauwvallen, hoge of lage bloeddruk? | ja/nee |
| Hebt u recente ontstekingen, kneuzingen, open wonden of blauwe plekken? | ja/nee |
| Hebt u psoriasis, wratjes of trombose? | ja/nee |
| Bent u onder behandeling van arts of therapeut (of geweest)? Zo ja, waarvoor? | ja/nee |
| Bent u onlangs geopereerd? Zo ja, waaraan? | ja/nee |
| Hebt u een hernia of een whiplash (of gehad)? Zo ja, wanneer? | ja/nee |
| Is er nog iets voor de masseur om rekening mee te houden? Zo ja, waarmee? | ja/nee |
| Voor vrouwen i.v.m. aangepaste massage: | |
| Bent u zwanger of wilt u zwanger worden? | ja/nee |