

Hannan's Hijama

Healing the body conform the Sunnah

1. PERSOONSgegevens

Voornaam: _____

Achternaam: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____ Leeftijd: ____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Beroep: _____

2. NOODCONTACTPERSOON

Naam: _____ Relatie: _____

Telefoonnummer: _____

3. MEDISCHE ACHTERGROND

Kruis aan wat op u van toepassing is.

- | | |
|---|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Kanker (huidig/verleden) |
| ☐ Hoge bloeddruk | ☐ Bloedstollingsstoornis |
| ☐ Lage bloeddruk | ☐ Bloedverdunners |
| ☐ Hart- en vaatziekten | ☐ Zwangerschap |
| ☐ Astma | ☐ Borstvoeding |
| ☐ Epilepsie | ☐ Psychische aandoening |
| ☐ Schilddklieraandoening | ☐ Infectieziekte (koorts, hepatitis, HIV) |
| ☐ Bloedarmoede | ☐ Geen van bovenstaande |
| ☐ Reuma | |

Gebruikt u medicatie?

☐ Nee ☐ Ja, namelijk: _____

Heeft u allergieën?

☐ Nee ☐ Ja, namelijk: _____

4. OVERIGE INFORMATIE

Eerdere operaties / ziekenhuisopnames:

Chronische aandoeningen / andere gezondheidsproblemen:

Familiegeschiedenis van ernstige ziekten

(bijv. hartziekten, diabetes, kanker): _____

Rookt u? ☐ Ja ☐ Nee

Drinkt u alcohol? ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, hoe vaak? _____



BELANGRIJK

Informeer ons altijd eerlijk over uw gezondheid.

Hijama is geen vervanging voor medische behandelingen. Bij twijfel, raadpleeg uw arts.



06 31 35 68 88

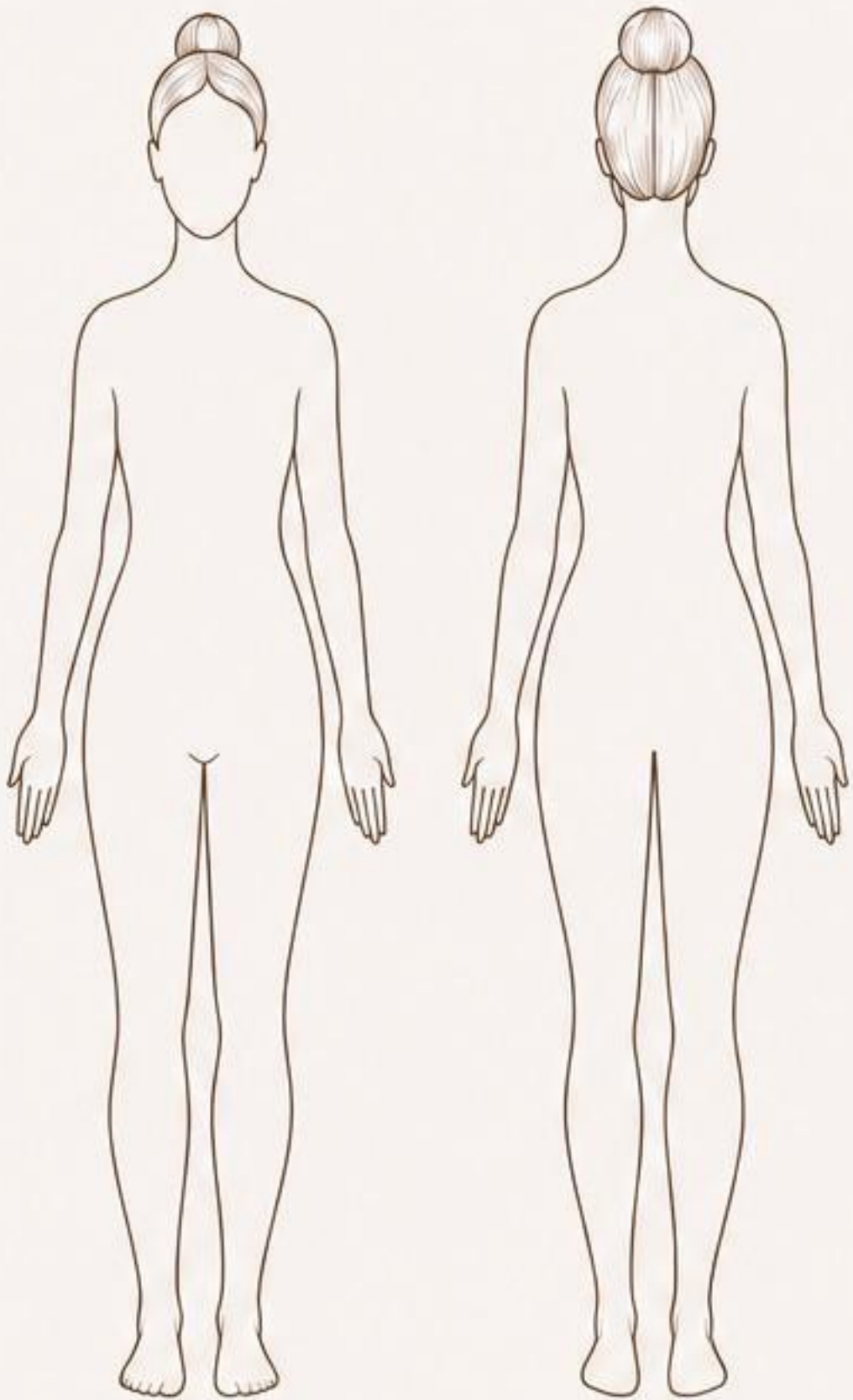


HANNAN_S_HIJAMA

RUST • HERSTEL • ZORG

6. KLACHTEN & SYMPTOMEN

Kleur of omcirkel de gebieden waar u klachten ervaart.



Wat is uw hoofdklacht?

Sinds wanneer ervaart u deze klacht? _____

Pijnscore (0-10)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welke klachten ervaart u? (Meerdere opties mogelijk)

- ☐ Hoofdpijn / Migraine
- ☐ Stress / Spanning
- ☐ Nekklachten
- ☐ Spijverteringsklachten
- ☐ Schouderklachten
- ☐ Gewrichtspijn
- ☐ Rugklachten (boven)
- ☐ Anders, namelijk: _____
- ☐ Rugklachten (onder)
- ☐ Spierpijn
- ☐ Vermoeidheid / Lusteloosheid
- ☐ Slaapproblemen
- ☐ Menstratieklachten

7. LEVENsstijl

Hoeveel water drinkt u gemiddeld per dag?

- ☐ Minder dan 1 liter
- ☐ 1 – 2 liter
- ☐ Meer dan 2 liter

Slaapt u gemiddeld voldoende?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Gemiddeld aantal uren per nacht: _____

Sport u regelmatig?

- ☐ Nee
- ☐ 1 – 2 keer per week
- ☐ 3 – 4 keer per week
- ☐ 5+ keer per week

8. VOOR THERAPEUTISCH GEBRUIK

Datum behandeling: ____ / ____ / ____

Type behandeling:

- ☐ Hijama (Wet Cupping)
- ☐ Dry cupping
- ☐ Massage Cupping
- ☐ Hoofdmassage
- ☐ Anders: _____

Behandelde gebieden / punten: _____

Notities therapeut: _____

Advies / vervolgspraak: _____

Datum: ____ / ____ / ____