

Naam examenkandidaat:.....Deelnemernummer:.....Datum:.....

Persoonlijke gegevens cliënt			
Naam cliënt	Geb. datum	Adres en woonplaats:	
<b>Relevante informatie t.b.v. de Shiatsu behandeling</b>			
Beroep:.....			
Medicatie:.....			
Ziektebeelden/arts:.....			
Contra-indicatie:.....			
Overige relevante info:.....			
<b>Wensen en verwachtingen van de cliënt:</b>			
.....			
<b>Vochtgehalte</b>	<input type="radio"/> Normaal	<input type="radio"/> Plaatselijk vochtarm	<input type="radio"/> Algeheel vochtarm
<b>Bloedcirculatie</b>	<input type="radio"/> Normaal	<input type="radio"/> Traag	<input type="radio"/> Hoog/stuwend
<b>Reactie huid</b>	<input type="radio"/> Normaal	<input type="radio"/> Gevoelig	<input type="radio"/> Overgevoelig
<b>Huidplooiën:</b>	<input type="radio"/> onderarm	<input type="radio"/> neus	
<b>Huidsoort:</b>		<b>Huidprobleem: locatie:</b>	<input type="radio"/> Acne <input type="radio"/> Verwijde bloedvaten/teleangiëctastieën <input type="radio"/> Rosacea <input type="radio"/> Eczeem/ allergie <input type="radio"/> Vochtophoping/vochtwallen <input type="radio"/> Rimpel/ huidverslapping <input type="radio"/> Vale huid <input type="radio"/> Erytheem
		<b>Ontstaan: Acuut/ chronisch/ geleidelijk</b>	

<b>Risico's en Prioriteiten</b> ..... ..... .....
---------------------------------------------------------

<b>Voorbehandeling:</b>	..... .....
<b>Uitvoering behandeling:</b>	Prioriteiten stellen, accent van de behandeling op..... ..... Extra drukpunten..... .....
<b>Nabehandeling:</b>	..... ..... .....
<b>Advies over de behandeling:</b>	
.....	
Frequentie van de behandeling:..... .....	
Duur per behandeling..... .....	
Kosten per uur:..... .....	
Algemeen advies betreffende voeding, levensstijl en beweging..... .....	
Doorverwijzing evt..... .....	
Evaluatie en reflectie van de behandeling ( wijziging in uitvoering, tevredenheid client, etc.)..... ..... ..... ..... ..... .....	