

INTAKE FORMULIER

Intake formulier/ Behandel overeenkomst/Aansprakelijkheid verklaring

Graag dit formulier goed doorlezen en invullen. Neem deze mee naar je volgende afspraak voor consult of behandeling. De vragen die niet van toepassing zijn kunnen overgeslagen worden.

De hier ingevulde gegevens zullen strikt vertrouwelijk worden behandeld. Voor extra informatie verwijzen wij naar het privacybeleid op de website.

PERSOONSGEGEVENS:

Naam:

Voornaam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoon / mobiel:

Email Address

ALGEMEEN:

Burgerlijke staat:

Beroep:

Heeft u kinderen?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, hoe oud?

Bent u bekend met alternatieve geneeskunde?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke?

Hoe bent u bij onze praktijk terecht gekomen?

Wat verwacht u van dit consult en/of behandeling en/of workshop?



ZONNE KRACHT ENERGIE

MEDISCHE GESCHIEDENIS:

Bent u onder behandeling van een arts of specialist?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke en wanneer?

Welke gezondheidsproblemen (ziekte, operatie, ongeluk) heeft u?

Welke gezondheidsproblemen (ziekte, operatie, ongeluk) heeft u gehad in het verleden?

Wat is de conclusie van de arts of specialist over uw klacht(en)?

Zijn er belangrijke ontwikkelingen in uw leven die invloed kunnen hebben op uw gezondheid?
(Bijv. echtscheiding, depressie, overlijden, ontslag, stress, zwangerschap etc.)

Heeft u last van allergieën?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke?

Gebruikt u medicijnen, homeopathie?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke, waarvoor en hoeveel?

Heeft u emotionele of psychische klachten?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, kunt u deze kort omschrijven?

Gebruikt u verdovende of opwekkende middelen?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke?

Heeft u op dit moment kanker?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke?

Heeft u kanker gehad?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke en hoe lang geleden?

Drinkt u alcohol?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, hoeveel glazen per dag/week?

Bent u zwanger?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, hoeveel weken?

Heeft u een pacemaker?

☐ Ja ☐ Nee



ZONNE KRACHT ENERGIE

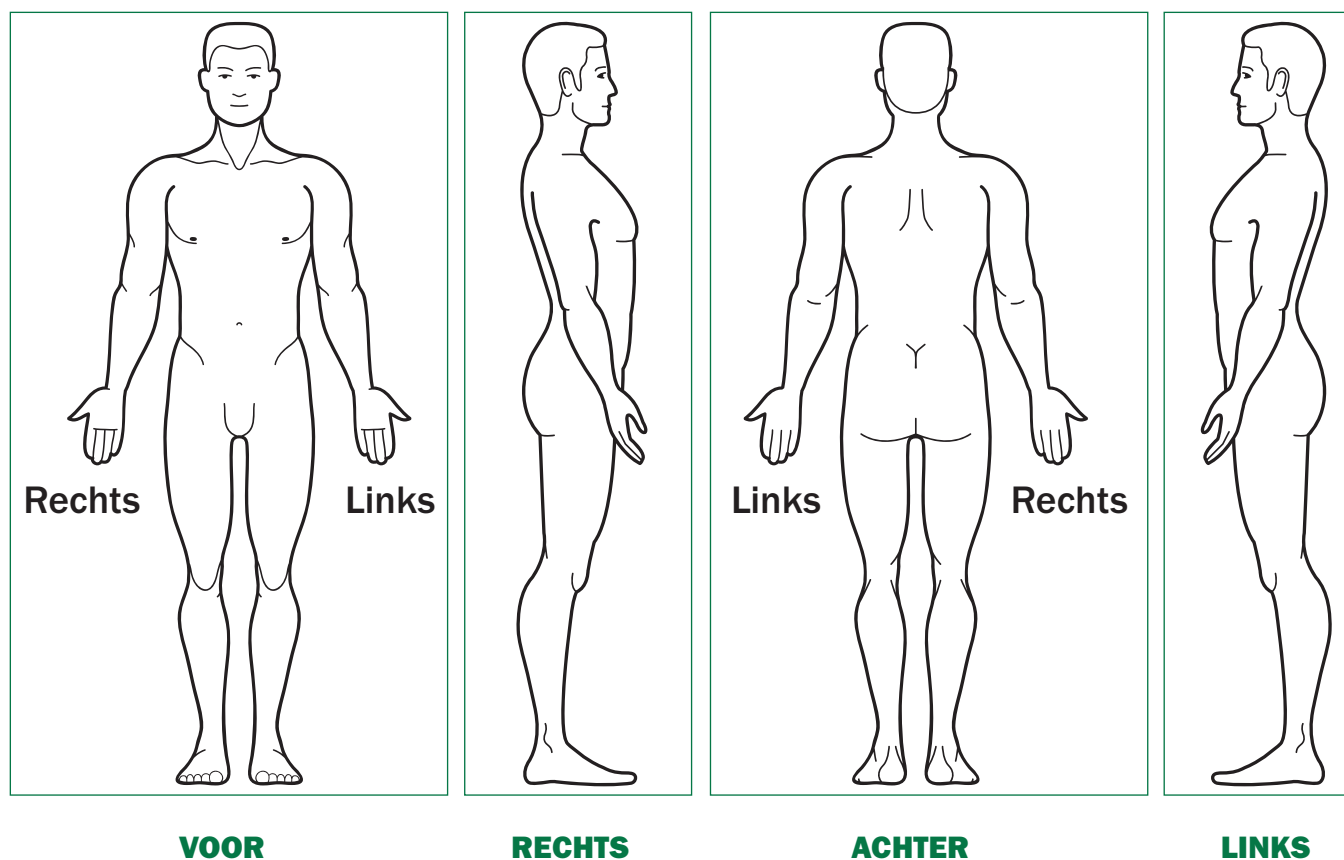
Hoeveel glazen water drinkt u per dag?

Heeft u lichamelijke klachten?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, kunt u deze omschrijven?

LOCATIE VAN EVENTUELE LICHAMELIJKE KLACHTEN



Bent u op de hoogte dat u bij aanhoudende klachten uw arts of specialist dient te raadplegen?

☐ Ja ☐ Nee

Zo niet, bent u nu op de hoogte gesteld door uw Chakrathérapeut?

☐ Ja ☐ Nee

Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking van uw gezondheid die u Chakrathérapeut dient te weten?



ZONNE KRACHT ENERGIE

CONSULT OF CHAKRA BEHANDELING

Heeft u reeds al een massage/behandeling ontvangen? Zo ja, welke en hoe vaak?

☐ Ja ☐ Nee

Wat verwacht u van de massage, behandeling, consult of workshop?

Zijn er zaken die u niet prettig vindt met betrekking tot massage, consult of behandeling?

Ik weet dat ik zelf verantwoordelijk ben voor mijn lichaam en dat ik naar de dokter of specialist moet gaan bij klachten.

Ik verklaar dat ik bovenstaande vragen heb begrepen en deze volledig naar waarheid, zonder achterhouden van belangrijke informatie voor de Chakratherapeut zijn ingevuld.

Eventuele tussentijdse veranderingen in de gezondheidstoestand zal ik bij elke behandeling of massage melden.

Ik heb de algemene voorwaarden en privacybeleid gelezen en ga hiermee akkoord.

Datum:

Naam:

Handtekening:



ZONNE KRACHT ENERGIE