

INTAKE FORMULIER

NAAM : GEB. DATUM :
ADRES : BURG.STAAT :
WOONPLAATS : GEZINSSITUATIE:
TELEFOONNR : HOBBY/SPORT :
MOBIEL NR : VERZEKERING :
E-MAILADRES : BEROEP :

BENT U BEKEND MET VOETREFLEXTHERAPIE EN/OF CHINLI TUINA MASSAGE?

WAT ZIJN UW VERWACHTINGEN VAN DE THERAPIE?

WAT IS HOOFDKLACHT, EN WAT ZIJN VOLGENS U DE BIJKOMENDE KLACHTEN?

ZIJN ER VOLGENS U FACTOREN DIE INVLOED HEBBEN OP UW KLACHTEN?

KOMEN UW KLACHTEN IN BEPAALDE PERIODES OF OP BEPAALDE TIJDSTIPPEN TERUG?

LEVENSLLOOP/ZIEKTEGESCHIEDENIS: DOORGEMAAKTE ZIEKTES, OPERATIES, HEEFT U LITTEKENS/TRAUMA'S/BIJZ. GEBEURTENISSEN:

| | |
|-----------|-------------|
| 0-5 JR: | 40-45 JR: |
| 5-10 JR: | 45-50 JR: |
| 10-15 JR: | 50-55 JR: |
| 15-20 JR: | 55-60 JR: |
| 20-25 JR: | 60 -70 JR: |
| 25-30 JR: | 70 – 80 JR: |
| 30-40 JR: | 80 + : |

LOPENDE BEHANDELINGEN:

MEDICIJNGEBRUIK:

ALCOHOLGEBRUIK/ROKEN?

KOMEN ER BEPAALDE KLACHTEN OF ZIEKTES IN U FAMILIE VOOR?

BENT U ZWANGER OF HEEFT U EEN ZWANGERSCHAPSWENS?

HEEFT U MENSTRUATIEKLACHTEN?

GEbruikt u een dieet? Zo ja, wat is de reden:

HEEFT U VERANDERINGEN IN UW VOEDINGSPATROON (weinig eetlust, meer drinken enz):

HEEFT U LAST VAN OBSTIPATIE /DIARREE?

HEEFT U ONLANGS EEN INGRIJPENDE GEBEURTENIS MEEGEMAAKT OF EEN STRESSVOLLE PERIODE?

HEEFT U SLAAPPROBLEMEN?

HEEFT U SPATADEREN?

DOORSTREPEN WAT NIET VAN TOEPASSING IS:

- LINKS/ RECHTSHANDIG
- LINKS/ RECHTSVOETIG

WAT VOOR CIJFER ZOU U ZICHZELF GEVEN VOOR U VITALITEIT OP DIT MOMENT:

OP-/AANMERKINGEN:

Deze behandeling is mijn eigen keuze. Ik ben mij ervan bewust dat behandelingen op energetisch niveau grote veranderingen teweeg kunnen brengen in mijn lichaam en mijn emotionele en/of mentale toestand om mijn gezondheid te verbeteren. Zelf neem ik verantwoordelijkheid voor de veranderingen die de massage teweeg kan brengen op mijn lichaam. Ik onderga de behandeling op eigen risico.

Handtekening: