

Natuurgeneeskundige
Gezondheidspraktijk

Hartelijk dank voor het invullen van dit intakeformulier. De door u
verstreckte informatie wordt vertrouwelijk behandeld en helpt om de
behandeling zo goed mogelijk af te stemmen op uw persoonlijke
situatie.

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam _____ Geslacht M / V
Adres _____
Postcode _____ Plaats _____
Telefoon / E-mail _____ Geboortedatum _____

2. MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

1. Is er sprake van een medische diagnose?

2. Heeft u getransplanteerde organen of lichaamsvreemde vervangingen van organen of bloedvaten, zoals shunts,
kunststof bloedvaten, of varkenshartkleppen?

3. Hebben er operaties plaatsgevonden, zoals een vasectomie?

4. Heeft u trombose? Heeft u een bloedtransfusie in het afgelopen jaar gekregen?

5. Heeft u ooit een ongeval of hevige valpartij gehad? Wanneer?

6. Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke?

7. Wat zijn uw actuele klachten (bijv. slapeloosheid, onrust, gebrek aan energie of verstopping)?

8. Hoeveel stress / druk / spanning ervaart u, en wat is de reden hiervoor?

9. Bent u onder behandeling bij een arts of therapeut?

10. Komen in uw familie bepaalde klachten voor?

11. Is er iets waar u zich zorgen om maakt?

3. LEEFSTIJL

1. Heeft u een bepaald voedingspatroon?

2. Hoeveel water drinkt u per dag?

3. Hoeveel alcohol, koffie en frisdrank per dag?

4. Rookt u?

5. Gebruikt u voedingssupplementen? Zo ja, welke?

6. Bent u tevreden met uw gewicht?

7. Heeft u allergieën?

8. Slaapt u goed, wordt u vaak uitgerust wakker?

4. ACTIVITEIT & ONTSPANNING

1. Ondervindt u lichamelijke klachten bij sporten of in het dagelijks leven?

2. Wat zijn uw hobby's?

3. Doet u aan ontspanning zoals yoga of meditatie?

7. VERKLARING

- Ik verklaar dat ik dit intakeformulier naar waarheid heb ingevuld.
- Ik begrijp dat biofotonen therapie een complementaire behandelmethode is en geen vervanging vormt voor reguliere medische zorg.
- Aan de uitgevoerde analyse kunnen geen reguliere medische diagnoses of ziektegerelateerde conclusies worden ontleend.
- Hierbij geef ik aan geen getransplanteerde organen of lichaamsvreemde vervangingen van organen, bloedvaten, of andere structuren in het lichaam te hebben. Voorbeelden zijn: shunts, kunststof bloedvaten, varkenshartkleppen, retina-implantaten, bot- en peesweefsel vervangingen.

5. PERSOONLIJK WELZIJN

1. Hoe zou u uw algemene welzijn omschrijven?

2. Bent u tevreden over uw werk of dagelijkse bezigheden?

3. Bent u tevreden over uw relatie en/of thuissituatie?

4. Is er iets dat u zou willen veranderen in uw leven?

6. VERWACHTINGEN VAN DE BEHANDELING

1. Wat hoopt u met deze behandeling te bereiken?

2. Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?

- Ook geef ik aan geen trombose, bloed- of bloedstollingsproblemen te hebben.
- Geen bloedtransfusie of beenmergtransplantatie in het afgelopen jaar.
- Geen immunosuppressiva te nemen en niet gesteriliseerd of zwanger te zijn. Ik ben me ervan bewust dat al deze contra-indicaties van invloed kunnen zijn op de behandeling.
- Indien er tijdens de behandeling aanwijzingen ontstaan die kunnen wijzen op een aandoening waarvoor reguliere medische beoordeling wenselijk is, kan worden geadviseerd contact op te nemen met een arts of andere reguliere zorgverlener.

Datum _____ | Handtekening _____