

Naam	_____	Leeftijd _____	Man / Vrouw
Geboorte datum	___/___/___	Datum 1 ^e bezoek: ___/___/___	
Telefoonnummer	_____		
Adres	_____		
Postcode	_____		
Woonplaats	_____		
Beroep	_____		
Huisarts	_____		
E-mail	_____		
Polisnummer.	_____	BSN:	_____

Hoofdklacht(en): _____

Wanneer is deze klacht begonnen?

Kunt u zelf een oorzaak aangeven? Of is de klacht vanzelf ontstaan?

Is dit al eens eerder gebeurd? _____

Heeft u nog andere klachten?:

Levenswijze (kruis a.u.b. aan wat van toepassing is)

roken Hoeveelheid _____ drugs Hoeveelheid _____

alcohol Hoeveelheid _____ koffie Hoeveelheid _____

medicijnen, namelijk; _____

Bent u op het moment onder behandeling bij een andere specialist? _____

Welke behandelingen heeft u al ondergaan en wat was hiervan het resultaat?

Behandelplan (in te vullen door de therapeut)

De toegepaste behandelprincipes vanuit de Chinese geneeswijze zijn niet bedoeld om behandelingen vanuit de westerse geneeskunde te vervangen. De behandelprincipes vanuit Chinese geneeswijze zijn complementair. Het is raadzaam om, vooral bij ernstige symptomen, eerst een arts te raadplegen.

Door ondertekening van dit formulier geeft u aan dat u; bovenstaande gegevens naar waarheid heeft ingevuld, de omschreven behandelprincipes heeft begrepen en toestemming geeft voor de behandeling.

Tevens geeft u toestemming voor het opslaan van uw BSN nummer in het dossier.

(Gelieve pas te tekenen op de dag van het eerste consult)

Datum: ____/____/____

Handtekening: _____