

Intake formulier

Persoonlijke gegevens:

Naam: Geboorte datum:

Adres: Postcode:

Email: Mobiel nr.

Contactpersoon (in geval van nood):

Telefoonnummer:

Ik geef Classical Chinese Medicine Haaren toestemming om via e-mail en/of whatsapp met mij te communiceren, ik begrijp dat ik deze toestemming te allen tijde schriftelijk kan intrekken.

De volgende informatie zal worden gebruikt om mij te helpen bij het plannen van een veilige en effectieve behandeling.

Vragenlijst

Beantwoord de vragen naar beste weten.

- 1 Heeft u eerder acupunctuur gehad? Ja Nee
- 2 Heeft u moeite om op uw voor-, achter- of zijkant te liggen? Ja Nee
Indien Ja, beschrijf
- 3 Heeft u allergieën voor oliën, lotions, zalven, fruit of noten? Ja Nee
Indien Ja, beschrijf
- 4 Heeft u een gevoelige huid? Ja Nee
- 5 Draag je: contactlenzen kunstgebit gehoorapparaat protheses?
- 6 Zit u lange uren achter een werkstation, computer of autorijden? Ja Nee
Zo ja, beschrijf
- 7 Voert u repetitieve bewegingen uit in uw werk, sport of hobby? Ja Nee
Zo ja, beschrijf
- 8 Hoe voelt u dat de stress in uw werk, gezin of andere aspecten van uw leven uw gezondheid beïnvloedt, en wat is de grootste stressfactor? Spierspanning Angst Slapeloosheid Prikkelbaarheid Anders
Toelichting
- 9 Is er een specifiek deel van het lichaam waar u spanning, stijfheid, pijn of ongemak ervaart? Ja Nee
Zo ja, beschrijf

Medische geschiedenis:

Heeft u momenteel of heeft u ooit een van de volgende zaken gehad: (controleer a.u.b.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flebitis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Tenniselleboog | <input type="checkbox"/> Hartaandoening |
| <input type="checkbox"/> Diepe veneuze trombose / bloedstolsels | <input type="checkbox"/> Verminderd gevoel |
| <input type="checkbox"/> Recente fractuur | <input type="checkbox"/> Hoge of lage bloeddruk |
| <input type="checkbox"/> Gewrichtsaandoening | <input type="checkbox"/> Rug- / nekproblemen |
| <input type="checkbox"/> Recente operatie (inclusief plastiek) | <input type="checkbox"/> Circulatiestoornis |
| <input type="checkbox"/> Reumatoïde artritis / artrose / peesontsteking | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie |
| <input type="checkbox"/> Kunstgewricht | <input type="checkbox"/> Spataderen |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> TMJ <input type="checkbox"/> Verstuikingen / verrekkingen |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Carpaal tunnelsyndroom | <input type="checkbox"/> Huidige koorts |
| <input type="checkbox"/> Gemakkelijk blauwe plekken | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn / migraine |
| <input type="checkbox"/> Besmettelijke huidaandoening | <input type="checkbox"/> Gezwollen klieren |
| <input type="checkbox"/> Recent ongeval of letsel | <input type="checkbox"/> Kanker |
| <input type="checkbox"/> Open zweren of wonden | <input type="checkbox"/> Allergieën / gevoeligheid |
| <input type="checkbox"/> Zwangerschap Zo ja, hoeveel weken? | |

Vermeld alle ziekenhuisopnames, medische procedures (inclusief plastische chirurgie en Botox / vulstoffen) en medische test (MRI, CT-scan ...)

.....
.....
.....

Staat u momenteel onder medisch toezicht? Ja Nee

Zo ja, leg uit:

.....
.....

Gebruikt u momenteel medicijnen?

Ja Nee

Zo ja, vermeld medicatie

.....

.....

Gelieve de reden (en) voor uw bezoek uit te leggen in volgorde van belangrijkheid

1.
2.
3.

Met de ondertekening van dit intake formulier, begrijp ik dat de behandeling die ik ontvang bij Classical Chinese Medicine Haaren, alleen is bedoeld als complementaire- en ondersteunende therapie om mijn algehele gezondheid te verbeteren en het natuurlijke genezende vermogen van mijn lichaam te optimaliseren.

Als ik pijn of ongemak ervaar tijdens mijn sessie, zal ik mijn behandelaar onmiddellijk informeren. Ik begrijp verder dat deze behandeling niet mag worden opgevat als een vervanging voor een medisch onderzoek, diagnose of behandeling en dat ik een arts of een andere gekwalificeerde medisch specialist moet raadplegen voor elke mentale of fysieke aandoening waarvan ik op de hoogte ben.

Ik begrijp dat Gabriella Keresztes, dipl. Acupuncturist van Classical Chinese Medicine Haaren, niet gekwalificeerd is om medische aanpassingen uit te voeren, diagnoses te stellen, medicatie voor te schrijven of enige fysieke of mentale ziekte te behandelen.

Niets wat in de loop van de sessie wordt gezegd mag als zodanig worden opgevat. Dit is alleen een aanvullende en ondersteunende behandeling.

Ik ga ermee akkoord dat ik Gabriella Keresztes, dipl. Acupuncturiste van Classical Chinese Medicine Haaren op de hoogte zal blijven houden van wijzigingen in mijn medische profiel en dat Classical Chinese Medicine Haaren als gevolg van het uitoefenen van behandelingen, niet aansprakelijk kan worden gesteld voor mijn medische aandoening en conditie.

Ik bevestig dat ik al mijn bekende medische aandoeningen heb vermeld en alle vragen naar alle eerlijkheid heb beantwoord.

Handtekening klant: Datum: