|  |
| --- |
| **Naam:**  |
| **Behandeldata:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| **Geboortedatum:**  |
| **Telefoonnummer:**  |
| **Emailadres:**  |
| **Fysieke Klachten:**  |
| **Ben je onder behandeling van een specialist?** |
| **Gebruik je medicijnen en voor welke klachten?**  |
| **Gebruik je voedingssupplementen of homeopathische middelen?**  |
| **Hoe is je slaap patroon?**  |
| **Hoe is de stoelgang ?**  |
| **Zijn er ook klachten op emotioneel gebied?**  |
| **Van welke klacht(en) zou je het liefst het eerst van af willen?**  |
| **Ervaringen tijdens de behandeling :** |
| **Opmerkingen:**  |