|  |
| --- |
| **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:** |