

Intakeformulier Energetische Behandeling



PERSOONLIJKE GEGEVENS

Naam:	
Adres:	
Pc/woonplaats:	
Telefoon:	
E-mail:	
Geslacht:	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw
Geboortedatum:	

HOE HEBT U ONS GEVONDEN?

<input type="radio"/> Via een zoekmachine <input type="radio"/> Via social media <input type="radio"/> Via een advertentie <input type="radio"/> Via vrienden/familie <input type="radio"/> Anders,

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Heeft u op dit moment bepaalde (specifieke) klachten?
Gebruikt u medicijnen? Zo ja, voor welke aandoeningen?
Gebruikt u vitamines/voedingssupplementen? Zo ja, welke en waarvoor?
Hebt u ooit een ernstige ziekte gehad? Zo ja, wat en wanneer?
Bent u ooit geopereerd? Zo ja, waaraan en wanneer?



Hebt u ooit iets gebroken? Zo ja, wat en wanneer?
Staat u onder behandeling van een specialist (dokter, fysiotherapeut, psycholoog, etc.)? Zo ja, wie?
Bent u ergens allergisch voor? (bijv. voedsel/massageolie)
Hebt u een gevoelige huid?
Zijn er andere belangrijke zaken met betrekking tot uw gezondheid die uw energetisch therapeut dient te weten?

ZWANGERSCHAP

Bent u op het moment zwanger? <input type="radio"/> Ja, weken <input type="radio"/> Nee
--

LEEFGEWOONTES

Wat voor soort werkt doet u? <input type="radio"/> Zittend <input type="radio"/> Staand <input type="radio"/> Licht fysieke arbeid <input type="radio"/> Zwaar fysieke arbeid
Hoeveel uur per week werkt u? uur per week
Sport u regelmatig? <input type="radio"/> Dagelijks <input type="radio"/> Meerdere keren per week <input type="radio"/> Enkele keren per maand <input type="radio"/> Enkele keren per jaar <input type="radio"/> Zelden Welke sport(en) beoefent u?
Hoe omschrijft u uw voedingsgewoonten? <input type="radio"/> Heel goed <input type="radio"/> Goed

<input type="radio"/> Matig <input type="radio"/> Slecht				
	Nooit	Zelden	Gematigd	Veel
Alcohol				
Koffie				
Roken				
Stress				
Overige opmerkingen over uw leefgewoontes:				

Hoe beleefd u uw stress?

Stress niveau op schaal van 1 t/m 10 Ik geef mijn stress niveau een: <input type="text"/>	0 = geen en 10 = maximaal
Wat zijn de voornaamste oorzaken van deze stress?	
Wat heb je al gedaan om de stress te verminderen?	
Wat zijn je fysieke klachten door de stress?	

UW VERWACHTINGEN VOOR DEZE ENERGETISCHE BEHANDELING

Wat is uw doel of wat zijn uw verwachtingen met betrekking tot deze energetische behandeling / coaching?
Hebt u eerder energetische behandelingen gehad? Zo ja, wat voor soort sessie? Waarom en hoe vaak?
Hebt u op het moment last van pijn of ongemak? Waar hebt u last van? En hoe lang hebt u hier al last van?
Hoe vaak hebt u last van deze pijn of dit ongemak? <input type="radio"/> Voortdurend

- Af en toe
- Alleen bij bepaalde bewegingen, nl.

Overige opmerkingen/aantekeningen:

Uw verwachtingen voor het coaching traject

Welke doelen wil je bereiken in de volgende 3 maanden:

Waar sta je nu?

Wat houdt je tegen?

Wat heb je nodig? (eigenschappen, vermogens, acties, kennis, contacten..)

Welk verandering wil je zien over 1 jaar?

Welke grote veranderingen heb je de afgelopen jaren ondergaan?

Wat moet ik juist wel of niet doen bij jou?

Overige opmerkingen / aantekeningen:

ANNULERINGSVOORWAARDEN

Voor het annuleren van een consult gelden de volgende annuleringsvoorwaarden:

- Bij annulering tot 48 uur voor aanvang van een energetische behandeling bent u geen kosten verschuldigd.
- Bij annulering 24 uur voor aanvang van een energetische behandeling bent u 50% van het bedrag verschuldigd.
- Bij annulering binnen 24 uur voor aanvang van een energetische behandeling bent u 100% van het bedrag verschuldigd.

OVEREENKOMST ENERGETISCH THERAPEUT - CLIËNT

Met het tekenen van dit formulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Tussentijdse veranderingen zal ik direct doorgeven aan de therapeut. Ik begrijp dat deze behandeling geen vervanging is voor medisch onderzoek of het stellen van een medische diagnose.

Deze therapie mag ook niet gezien worden als een medische behandeling. Ik zal de therapeut het direct laten weten als ik tijdens de behandeling pijn of ongemak ervaar. Ook ga ik met het tekenen van dit formulier akkoord met de gestelde annuleringsvoorwaarden.

Handtekening cliënt:

Datum

Handtekening therapeut:

Datum