|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Naam  |   |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Geboortedatum |  |
| Beroep/werkzaam als |  |
| Gezins-/thuissituatie |  |
| E-mail |  |
| Mobiel  |  |
| Verzekerd bij \* |  Polisnummer\*\* |  \*  | \*\*  |
| Geef concreet aan welke (emotionele) klachten, intoleranties, allergieën, ziekten, etc. je ervaart en sinds wanneer?  |   |
| Omschrijf concreet je hulpvraag |  |
| Behandelend arts(en) / hulpverleners op dit moment of in het recente verleden. Waarvoor word je/werd je behandeld?  |  |
| Heb je eerder bovengenoemde klachten gehad? Wanneer? | Ja | Nee |
| Gebruik je medicijnen, supplementen, drugs, kruidenpreparaten, etc.? Zo ja, zijn deze voorgeschreven door een arts of behandelaar? |  |
| Roken / alcohol |  |  |  |
| Lengte / gewicht |  |  |  |
| Lever- / nierproblemen  |  |  |  |