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