

INTAKE FORMULIER TS/KLACHTBEHANDELING/VOETREFLEX (VR)

Naam		Telefoon	
Adres		E-mail	
Woonplaats		Burg. Staat	
Geb. Datum		Datum	

Voor welke klacht wilt u behandeling?	
Hoe lang loopt u hier al mee?	
Welk cijfer geeft u deze pijn? (0=niets 9=heftig)	
Bent u hier eerder voor behandeld?	
Zo ja, wanneer, wat voor, hoe lang?	
Volgt u nog andere behandelingen?	
Heeft u meer/andere lichamelijke klachten?	
Wanneer heeft u geen last van deze klacht?	
Heeft u mentale klachten?	
Gebruikt u medicijnen?	
Sport u?	
Hoe beoordeeld u uw voedingspatroon?	
Werkt u? Naar tevredenheid?	
Welk cijfer geeft u uw geluksgevoel? (VR)	
Hoe heeft u Praktijk Verbiest gevonden?	

*Ik ga akkoord met de behandelwijze TS/klachtbehandeling en/of voetreflex. Ik begrijp dat ik het genezingsproces kan beïnvloeden door mijn inzet, eerlijkheid en/of openheid. Ik ben op de hoogte van het concept TS/klachtbehandeling en/of voetreflex en geef de behandelaar toestemming voor het uitvoeren van een behandeling. Ik kan geen rechten ontlennen aan de resultaten die voortvloeien uit de behandeling. Praktijk Verbiest zal de gehele behandeling als strikt vertrouwelijk behandelen. Ik zal het eventueel stoppen met medicatie eerst overleggen met mijn arts. Ik ben op de hoogte van de mogelijkheden en beperkingen die de behandelingen bieden en begrijp dat Praktijk Verbiest niet aansprakelijk kan zijn voor enigerlei negatieve gevolgen, hoe ondenkbaar dan ook, voortvloeiend uit deze werkwijze. Ik ben op de hoogte van de mogelijkheid tot het indienen van een klacht volgens de WKKGZ. Ik ga akkoord met de algemene voorwaarden die Praktijk Verbiest beschrijft op haar site en verklaar deze gelezen te hebben.

Handtekening

--	--