

Touch of Matrix
Daan Koole

Intakeformulier

Onderstaande vragen worden bij het intakegesprek met u doorgenomen
Uw gegevens worden volstrekt vertrouwelijk behandeld.

Persoonlijke gegevens

Naam	:
Voornaam	:
Geslacht <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw	
Adres	:
Postcode / Woonplaats	:
Geboortedatum	:
Geboorteplaats	:
Telefoon	:
Mobiel	:
E-mailadres	:
Beroep / Opleiding	:
Gezinssituatie (gehuwd / samenwonend / alleenstaand / kinderen)	:
Zorgverzekeraar	:
Hoe heeft u ons gevonden? (mond-tot-mond / vrienden of familie / internet / anders)	:

Indien u het geen bezwaar vindt mag u hieronder de gegevens van uw huisarts invullen. Dit is niet per se nodig maar er kan een situatie ontstaan waarin overleg met de huisarts op zijn plaats is.

Ja, indien nodig is berichtgeving/overleg met huisarts toegestaan

Huisarts	:
Adres	:
Postcode / Woonplaats	:
Telefoonnummer	:

Touch of Matrix
Daan Koole

Indien u heeft toegestemd plaats hier dan tevens uw naam en/of handtekening:

--

Algemene vragen

Heeft u lichamelijke klachten? Zo ja, kunt u deze dan kort omschrijven:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Is er een diagnose gesteld? Zo ja, welke diagnose is er gesteld en door wie: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Bent u onder behandeling (geweest) van een arts, specialist of therapeut? Zo ja, welke:	
Gebruikt u geneesmiddelen? Zo ja, waarvoor of waartegen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Heeft u operaties / ziekenhuisopnames ondergaan? Zo ja, waarvoor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Heeft u last van allergieën? Zo ja, welke:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Heeft u ooit een ongeval gehad? Zo ja, korte omschrijving: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Heeft u traumatische ervaringen meegemaakt? Gebeurtenissen met veel impact, belangrijke of ingrijpende periodes in uw leven... Zo ja, indien gewenst, korte toelichting:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Heeft u angst- en/of paniekaanvallen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms Heeft u last van buitengewone vermoeidheid?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms
Maakt u zich snel zorgen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Vindt u zichzelf stressgevoelig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms
Bent u regelmatig somber?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms
Bent u vaak of te snel boos? (van streek, kwaad, woede) Zo ja, hoe uit u die boosheid? Introvert of Extravert? <input type="checkbox"/> introvert <input type="checkbox"/> extravert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms

Touch of Matrix
Daan Koole

Rookt u?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms
Gebruikt u alcoholische dranken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> soms
Volgt u een dieet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u extra voedingssupplementen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u suikervervangers (zoetjes) en/of light-producten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Komen er (erfelijke) ziekten in uw familie voor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bent u wel eens gebeten door een teek?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bent u zwanger? Zo ja, in welke week bent u nu? *week:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Doet u aan: beweging, sport, yoga, meditatie...? (meerdere keuzes mogelijk)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Ruimte voor opmerkingen die niet in het formulier aan de orde zijn geweest:	



Verklaring (Informed Consent)

Ondergetekende	:
Geboortedatum	:
Adres	:
Postcode / Woonplaats	:

Verklaart dat zij/hij volledig is ingelicht over de mogelijkheden die **Praktijk Daan Koole** bij zijn werkzaamheden als energetisch therapeut kan bieden.

Ondergetekende heeft de vragen, die **Praktijk Daan Koole** aan hem/haar heeft gesteld tijdens het intakeconsult, naar waarheid beantwoord.

Ondergetekende is volledig geïnformeerd over de kosten van de behandelingen, welke zijn geraamd op € 70,00 per consult.

Ondergetekende verklaart voorts, dat hij/zij heeft ingestemd met de doelstelling van de behandeling, waarbij hij/zij

Touch of Matrix
Daan Koole

zich er van bewust is dat het resultaat van de behandeling onder meer afhankelijk is van zijn/haar eigen inspanning.

Ondergetekende realiseert zich voorts dat er geen sprake is van een resultaatsverplichting, maar een inspanningsverplichting aan de zijde van **Daan Koole (Praktijk Daan Koole – Touch Of Matrix)**

Ondergetekende is van mening dat hij/zij antwoord heeft gekregen op alle vragen, die naar aanleiding van de voorgenomen behandeling naar voren zijn gekomen.

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid beantwoord te hebben en alle relevante informatie m.b.t. gezondheid en huidgevoeligheid te hebben gegeven.

Ondergetekende verklaart, na het lezen van het bovenstaande en op basis van alle gekregen informatie, tot een weloverwogen besluit te zijn gekomen om een behandeling te willen ondergaan.

Naam en/of Handtekening	:
Datum	: