# Intakeformulier

Onderstaande vragen worden bij het intakegesprek met u doorgenomen

Uw gegevens worden volstrekt vertrouwelijk behandeld.

**Persoonlijke gegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | ::       |
| Voornaam | ::       |
| Geslacht | :[ ]  man [ ]  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 | :      |

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:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Bent u onder behandeling (geweest) van een arts, specialist of therapeut? Zo ja, welke:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Is er een diagnose gesteld? Zo ja, welke diagnose is er gesteld en door wie:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Gebruikt u geneesmiddelen? Zo ja, waarvoor of waartegen:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Heeft u operaties / ziekenhuisopnames ondergaan? Zo ja, waarvoor:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Heeft u last van allergieën? Zo ja, welke:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Heeft u ooit een ongeval gehad? Zo ja, korte omschrijving:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Heeft u traumatische ervaringen meegemaakt? Gebeurtenissen met veel impact, belangrijke of ingrijpende periodes in uw leven… Zo ja, indien gewenst, korte toelichting:      | [ ]  ja [ ]  nee |
| Heeft u last van buitengewone vermoeidheid? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Heeft u angst- en/of paniekaanvallen? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Vindt u zichzelf stressgevoelig? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Maakt u zich snel zorgen? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Bent u regelmatig somber? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Rookt u? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Gebruikt u alcoholische dranken? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Volgt u een dieet? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Gebruikt u extra voedingssupplementen? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Gebruikt u suikervervangers (zoetjes) en/of light-producten? | [ ]  ja [ ]  nee |
| Doet u aan: beweging, sport, yoga, meditatie…? (meerdere keuzes mogelijk)      |
| 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 **Emmy Sparreboom** bij haar werkzaamheden als natuurgeneeskundig/energetisch therapeut kan bieden.

Ondergetekende heeft de vragen, Emmy Sparreboom 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 € 65,00 per consult.

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

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 Emmy Sparreboom.

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 | :      |

|  |  |
| --- | --- |
| Ingevuld en ondertekend?Stuur dan dit formulier per post of e-mail naar:Emmy Sparreboominfo@emmysparreboom.nlof:Tinnegietersgilde 7 8253 HZ Dronten | indien u dit formulier per e-mailverstuurt, dan ook voorzien vanelektronische handtekening4 letters naar keuze2 cijfers naar keuze |