

DEVA MARIA

Praktijk voor cranio sacraal therapie en meditatie

Het formulier graag zo volledig mogelijk invullen en opsturen naar praktijkdevamaria@outlook.com . Door het invullen van het intake formulier gaat u akkoord met de privacy verklaring en bent u op de hoogte van de behandelvoorwaarden. Deze informatie is te vinden op de website.

Intake

Naam:

Burgerlijke staat:

Roepnaam:

Telefoon:

Adres:

Geboortedatum:

Postcode:

E-mailadres:

Plaats:

Beroep:

Medisch

Huisarts:
Specialist:
Andere Behandelaar(s):
Medicijngebruik op voorschrift of zelfzorg?
Alternatieve middelen op voorschrift of zelfzorg?
Gebruikt u voedingssupplementen of anticonceptie?

Pieter Borstraat 12 - 5212 GG - Den Bosch - 06 26 77 43 62

www.devamaria.nl - praktijkdevamaria@outlook.com

KvK nr. 72760133

DEVA MARIA

Praktijk voor cranio sacraal therapie en meditatie

Hulp vraag

Wat is uw hulp vraag:
Wat is uw hoofdklacht? (zowel psychisch als lichamelijk)
Heeft u nog andere klachten?
Sinds wanneer heeft u deze klachten?
Is er een reguliere diagnose gesteld, zo ja welke?
Zijn er familiale aandoeningen? Zo ja, welke ?
Geef een cijfer voor uw huidige staat van gezondheid tussen 1 en 10
Wat wilt u met de behandelingen bereiken?
Welke acties heeft u al ondernomen m.b.t. het oplossen van de klacht(en) en wat zijn de bevindingen van eventuele eerdere behandelingen geweest?

Pieter Borstraat 12 - 5212 GG - Den Bosch - 06 26 77 43 62

www.devamaria.nl - praktijkdevamaria@outlook.com

KvK nr. 72760133

DEVA MARIA

Praktijk voor cranio sacraal therapie en meditatie

Geschiedenis

Hoe was uw eigen geboorte, waren er complicaties?
Heeft u wel eens een hersenschudding/tia/ hersenbloeding gehad? Zo ja, wat en wanneer ?
Kunt (wilt) u een gebeurtenis(sen) beschrijven die erg bepalend is geweest voor uw leven? (denk aan ongelukken, echtscheiding, overlijden dierbaren, operaties, geweld)

DEVA MARIA

Praktijk voor cranio sacraal therapie en meditatie

Divers

Slaapt u goed?
Welke stressfactoren zijn momenteel in uw leven een ziekmakende factor?
Wat doet u aan lichaamsbeweging?
Hoe is uw ontlasting (frequentie, vorm, hoeveelheid, kleur, geur, pijn/ongemak)?
Heeft u allergieën?
Wat wilt u verder nog kwijt?