



Corpoli

balans door **bioresonantie**

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoonnr. (vast)

Telefoonnr. (mobiel)

Geb. datum

Emailadres

1 Hoofdklacht

2 Andere klachten

3 Bent u in behandeling bij een arts?

Ja/Nee

4 Gebruikt u medicijnen?

Ja/Nee

5 Bent u geopereerd?

Ja/Nee

Zo ja, waaraan?

6 Narcose gehad?

Ja/Nee

7 Littekens of hechtingen?

Ja/Nee

8 Vaccinaties? Ja/Nee

9 Hersenschudding gehad? Ja/Nee

10 Amalgaan(grijze vullingen)? Ja/Nee

11 Slaapt u goed? Ja/Nee

Bij nee: rond welke tijd wordt u wakker? Tijdstip: uur.

12 Moet u 's nachts plassen? Ja/Nee Tijdstip: uur.

13 Hoe is uw ontlasting?

14 Aanvullende informatie?

Vrouwen

15 Anticonceptiepil? Ja/Nee

16 Zwanger geweest? Ja/Nee

Zo ja: was dit een natuurlijke bevalling?

17 Complicaties? Ja/Nee

18 Hoe is uw menstruatie?

19 Last van opvliegers? Ja/Nee

Bedankt voor uw medewerking
Wij gaan vertrouwelijk met uw gegevens om.
Deze worden niet doorgestuurd naar derden.

Met het ondertekenen van dit formulier gaat u akkoord met de disclaimer en voorwaarden beschreven op de website.

Plaats: _____

Datum: _____ / _____ / 20_____

Handtekening: _____