



Corpoli

balans door **bioresonantie**

Naam

Geb.datum

Adres

Postcode

Woonplaats

Mobiel nummer

E-mail adres

1 Hoofdklacht

2 Andere klachten

3 Bent u in behandeling bij een arts? Ja/Nee - Welke arts(en)?

4 Gebruikt u medicijnen? Ja/Nee - Welke medicijnen?

5 Bent u geopereerd? Ja/Nee - Waaraan?

- Wanneer?

6 Littekens of hechtingen? Ja/Nee - Waar?

7 Pacemaker of Implantaten? Ja/Nee - Waar?

8 Hersenschudding gehad? Ja/Nee

- Wanneer?

9 Amalgaan (grijze vullingen)? Ja/Nee

10 Slaapt u goed? Ja/Nee

Nee? - Tijdstip wakker:

uur

11 Moet u 's nachts plassen? Ja/Nee Ja? - Tijdstip: uur

12 Vaccinaties? - Kinder? Ja/Nee - Covid? Ja/Nee - Andere? Ja/Nee Welke?

13 Hoe is uw ontlasting? - Normaal - Dik (obstipatie) - Dun - Wisselend

14 Zijn er (erfelijke) ziektes in de familie? Ja/Nee - Welke?

15 Aanvullende informatie?

Vrouwen:

15 Anticonceptiepil Ja/Nee

16 Zwanger geweest? Ja/Nee ... X - Zo ja: Natuurlijke bevalling? Ja/Nee
-Complicaties? Ja/Nee - Welke?

18 Heeft u menstratieklachten?

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 Privacyverklaring beschreven op de website van Corpoli

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____