



DIRECTE HULP VOOR ELKE KLACHT

Datum	
-------	--

In te vullen door cliënt

Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telnr	

Geboortedatum	
Email adres	
Gewicht	
Lengte	
Beroep	

Wat is uw hoofdklacht?

Heeft u nog andere klachten / allergieën?

Bent u elders onder behandeling? Zo ja, waar?

Operaties / medische ingrepen?

Gebruikt u medicatie? Zo ja, welke?

Overige belangrijke medische informatie

Volgt u een dieet / eetgewoontes?

Sport / Hobby's

In te vullen door therapeut

Tong

Pols

TCM Diagnose

Overig

