

Vragenlijst energetische praktijk Sonja van Boxel

Naam:	
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
Burg. staat:	
BSN Nummer:	
Zorgverzekering en huisarts:	
Telefoonnummer:	
Email adres:	
Lengte:	
Gewicht:	

Specialist/andere behandelaars:.....

Hoofdklacht:.....

Andere klachten:.....

Diagnose gesteld?:.....

Door wie?:.....

Ziektegeschiedenis:.....

.....

Operatie(s)? ja/nee

Wanneer en welke:.....

Onder narcose? Ja/nee

Littekens/hechtingen? Ja/nee

Waar?:.....

Alcohol? Ja/nee

Hoeveel per week?.....

Rookt u? ja/nee

Hoeveel per week?.....

Vragenlijst energetische praktijk Sonja van Boxel

Sport u?	ja/nee
Hoeveel per week en wat?.....	
Lijdt u onder stress?	Ja/nee
Zo ja oorzaak bekend?.....	
Bent u vermoeid?	Ja/nee
Slaapt u goed?	Ja/nee
Gebruikt u medicijnen?	Ja/nee
Welke en waarvoor?.....	
Komen er in uw familie ernstige ziekte/chronische ziekte voor?	Ja/nee
Zo ja welke?.....	
Kunt u kort beschrijven hoe uw karakter is?.....	
.....	
.....	
Kunt u aangegeven of u wel eens lichamelijke klachten heeft aan onderstaande organen:	
Psyche:	ja/nee
Ademhalingsorgaan:	ja/nee
Spijverteringsorgaan:	ja/nee
Mond/keel/slokdarm:	ja/nee
Neus/oren:	ja/nee
Urinewegen:	ja/nee
Ruggengraat:	ja/nee
Schouders:	ja/nee
Spieren:	ja/nee
Bloedsomloop en hart:	ja/nee
Ontlasting:	ja/nee
Allergieën:	ja/nee
Vrouwen menstruatie:	ja/nee

Vragenlijst energetische praktijk Sonja van Boxel

Zijn er nog belangrijke dingen die u kwijt wilt?.....

.....

.....

Dank voor uw medewerking, uiteraard ga ik heel vertrouwelijk met uw gegevens om. Deze worden nooit doorgegeven aan derde zonder uw toestemming.

Plaats

Datum

Handtekening

Sonja van Boxel

06-4108890

www.sonjavanboxel.nl

info@sonjavanboxel.nl

