

Intakeformulier

Cliëntgegevens

Achternaam	_____	M/V
Meisjesnaam	_____	
Voorletters	_____	Geboortedatum
Adres	_____	Postcode
Woonplaats	_____	
Lengte	_____	Gewicht

Bereikbaar via

Telefoonnr. privé	_____	E-mail
Telefoonnr. mobiel	_____	

Medische gegevens:

Bent u het afgelopen jaar onder controle geweest van een internist/cardioloog/longarts/neuroloog?
ja/nee

Gebruikt u:

medicijnen voor hoge bloeddruk?	ja/nee
medicijnen wegens een hartaandoening?	ja/nee
medicijnen wegens suikerziekte?	ja/nee
aspirine?	ja/nee
bloedverdunnende medicijnen?	ja/nee
andere medicijnen?	

Rookt u meer dan 10 sigaretten per dag?	ja/nee
Drinkt u meer dan 3 glazen alcoholhoudende drank per dag?	ja/nee
Heeft u gauw last van blauwe plekken?	ja/nee
Bent u allergisch voor pleisters, penicilline of jodium?	ja/nee
Heeft u klachten van het tandvlees en/of gebit?	ja/nee
Heeft u eerder plaatselijke verdoving gehad?	ja/nee
Bent u mogelijk zwanger?	ja/nee
Heeft u eerder een gezichtsbehandeling gehad?	ja/nee
Zo ja, wanneer en welke producten?	

Aldus naar waarheid ingevuld op:

handtekening cliënt

opmerkingen: