



Voor- & achternaam:	Geslacht:
Adres:	Geboortedatum:
Woonplaats:	Postcode:
Mobiel:	Telefoon:
E-mail:	Beroep:
Relatiestatus:	Kinderen:

**NOOD-CONTACTGEGEVENS**

Naam:	
Telefoon:	Relatie tot jou:
Contactgegevens Arts/Huisarts:	Naam:

**MEDISCHE/ALGEMENE GEZONDHEIDSGESCHIEDENIS (ALLE MODALITEITEN)**

Dit gedeelte is gerelateerd aan je algemene gezondheidsgeschiedenis, huidige symptomen, voorgeschreven medicatie, allergieën en andere gezondheidsklachten. De reden dat we hiernaar vragen is om ons te voorzien van alle relevante informatie die van invloed zou kunnen zijn op jou tijdens de behandeling waar je toestemming voor geeft. In het geval van een medisch noodgeval kan deze informatie van groot belang zijn voor je professionele medische zorg. Het is niet verplicht om deze informatie te geven maar als je er voor kiest dit wel te doen dan zal het ons, en eventueel medische zorgverleners, helpen je te ondersteunen.

Algemene gezondheidsgeschiedenis (b.v. benoem alle belangrijke fysieke/emotionele/mentale voorvallen/condities, allergieën, ziektes of kwalen en wanneer deze zich hebben voorgedaan):

---

---

---

---

Huidige symptomen/ziektes:

---

---

Ben je zwanger?

Nee  Ja

Heb je hepatitis A, B of C, HIV/Aids of andere infectieziekte?

Nee  Ja -- zo ja:

Voorgeschreven medicatie en supplementen (vermeld alle voorgeschreven medicatie en supplementen die u momenteel gebruikt):

---

---

Gebruik je momenteel:

Warfarine  Diuretica (van welke soort dan ook)  Bloeddrukmedicatie

**MODALITEITEN WAARVOOR IK TOESTEMMING GEEF:** \*Vink alles aan wat van toepassing is

Esoteric Healing / Esoteric Body Work (incl massage)  Esoteric Chakra-puncture  
 Esoteric Connective Tissue Therapy  Esoteric Yoga

**ZIE VOLGENDE BLADZIJDE**

## WAT IK BEGRIJP OVER DE BEHANDELING:

- Door het ondertekenen van dit formulier geef ik aan dat ik het onderstaande begrijp en accepteer:
- Esoteric Healing, Esoteric Body Work en Esoteric Connective Tissue Therapy zijn lichte handtechnieken waarbij massage direct op de huid toegepast kan worden.
  - Esoteric Chakra-puncture is een delicate naald-techniek waarbij gebruik wordt gemaakt van zeer fijne naaldjes die slechts 0.2- 0.4mm diep de huid ingaan. Het is geen acupunctuur.

## WAT IK BEGRIJP OVER MIJN BEHANDELING:

- Door het ondertekenen van dit formulier geef ik aan dat ik het onderstaande begrijp en accepteer:
- Ik kan te allen tijde vragen stellen over de behandeling die mij gegeven wordt.
  - De beoefenaars van de Esoterische modaliteiten zijn niet bevoegd om een medische diagnose te stellen en zullen dit ook niet doen. Geen van de modaliteiten biedt een remedie of enig alternatief voor een reguliere medische behandeling.
  - Ik begrijp en accepteer dat ik in elk geval van ziekte of aanhoudende kwalen of symptomen een bevoegd medische zorgverlener moet consulteren.
  - De Universal Medicine therapieën zijn complementair aan de traditionele medische zorg en zijn niet getest volgens de CONSORT2010 gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken.
  - Ik mag deze toestemming voor het ontvangen van behandelingen te allen tijde intrekken.
  - Ik aanvaard de volledige verantwoordelijkheid voor het ontvangen van de behandeling(en) die ik benoemd heb.

## MIJN HUIDIGE CONDITIE:

- Als ik momenteel een ziekte of verwonding heb hoe gering deze ook mag zijn, begrijp ik dat het mijn verantwoordelijkheid is om dit kenbaar te maken aan mijn behandelaar voorafgaand aan de sessie en dat ik hiervoor medische zorg moet krijgen.

Ik begrijp en ga ermee akkoord dat mijn aanwezigheid bij en deelname aan een sessie in deze praktijk voor mijn eigen risico is en dat, voor zover wettelijk toegestaan, deze praktijk en de behandelaars van deze praktijk niet aansprakelijk kunnen worden gesteld, hetzij voor nalatigheid of anderszins, voor enig letsel of ander verlies of schade van welke aard dan ook die door mij of iemand anders is geleden als een direct of indirect gevolg van mijn aanwezigheid bij of deelname aan een sessie in deze praktijk.

## MIJN TOESTEMMING: \*AUB het vakje aankruisen als je toestemming geeft en doorstrepen wat niet van toepassing is.

Door ondertekening van dit formulier, geef ik toestemming dat mijn persoonlijke en gezondheidsinformatie, met inbegrip van mijn geschiedenis:

- Zal worden gebruikt voor mijn behandeling, de administratie en het beheer van deze praktijk zowel in mijn eigen land als in andere landen indien nodig;
- zal worden besproken met andere medische beroepsbeoefenaars, waaronder zonder beperking mijn huisarts, teneinde de kwaliteit van zorg die mij wordt geboden te kunnen beoordelen;
- zal worden beschreven in een schriftelijke of mondelinge verwijzing naar enig andere medische beroepsbeoefenaar, als mijn behandelaar het gevoel heeft dat een dergelijke verwijzing in mijn belang is en nadat dit eerst met mij besproken is;
- Ik geef toestemming dat mijn persoonlijke gezondheidsinformatie en -geschiedenis anoniem zal worden besproken met andere behandelaars ten behoeve van onderzoek en ontwikkeling van esoterische modaliteiten waaronder, zonder beperking, de kwaliteiten die kunnen integreren met de conventionele geneeskunde ten bate van mannen en vrouwen in het algemeen.

## MIJN TOESTEMMING VOOR BEHANDELING IN DEZE PRAKTIJK:

- Door ondertekening van dit formulier:
- Geef ik toestemming voor de eerste en de daaropvolgende consultaties met de behandelaar waarmee ik de afspraak heb gemaakt.
  - Heb ik gelezen, begrepen en ingestemd met alle aspecten van dit toestemmingsformulier (m.u.v. waar ik deze heb doorgestreept en voorzien van mijn initialen)
  - Geef ik aan dat dit formulier actief zal blijven voor toekomstige bezoeken en andere vormen van raadpleging of advies met deze behandelaar, tenzij ik schriftelijk anders laat weten aan deze behandelaar.
  - Erken en aanvaard ik dat deze behandelaar het recht behoudt om iedere reservering (inclusief de mijne) voor een sessie te weigeren, nu of in de toekomst, of om iedere cliënt (waaronder ik) te allen tijde te vragen om een sessie te verlaten, om wat voor een reden dan ook.

*Ik verklaar dat de informatie die ik hierboven heb verstrekt, naar mijn beste weten, juist en volledig is en dat ik hierboven volledige openheid heb gegeven over mijn medische status, met inbegrip van mijn huidige medicatie.*

Getekend:

Datum:

AUB aangeven of je als ouder of voogd tekent<sup>1</sup>:

Ouder

Voogd

Handtekening van vertaler (indien nodig):

Datum:

<sup>1</sup> Let op: Als je tekent als ouder, voogd of tolk, geef je door ondertekening van dit formulier aan dat je de persoon onder jouw zorg of waarvoor je vertaalt, volledig hebt geïnformeerd over de inhoud van dit toestemmingsformulier.

## BEHANDELAAR, BEDRIJFSNAAM EN ADRES<sup>2</sup>:

---

---

---