INTAKEFORMULIER CRANIOSACRALE THERAPIE

Waaruit bestaat de hulpvraag?

Indien er sprake is van een lichamelijke of andere klachten. Hoe lang heeft u die klachten?

Welke artsen of hulpverleners heeft u geraadpleegd?

Dr. Te specialisme:

Dr. Te specialisme:

Dr. Te specialisme:

Dr. Te specialisme:

Indien bekend, wat is de diagnose van de huisarts/specialist?

Wat zijn de adviezen van de huisarts/specialist?

Wat is het resultaat van de gevolgde behandelingen tot nu toe

Bent u momenteel onder medische/psychologische/psychiatrische behandeling? Zo ja, waarvoor?

Bent u in het verleden onder medische/psychologische/psychiatrische behandeling geweest? Zo ja, waarvoor?

Gebruikt u momenteel medicijnen? Zo ja welke en waarvoor?

Welke alternatieve behandelingen hebt u voor deze klachten al gevolgd?

Opmerkingen of aanvullende informatie:

**Alle eventuele, nadelige gevolgen voortvloeiende uit het achterhouden van informatie aanwezig in het medisch dossier bij de huisarts zijn voor verantwoordelijkheid en rekening van de cliënt cq. ouder(s) en/of voogd.**

**Cliënt is zich bewust van het feit dat craniosacrale therapie een complementaire behandeling is en een regulier noodzakelijke behandeling niet kan vervangen.**

Datum: Plaats:

Naam therapeut: Handtekening:

Naam cliënt: Handtekening:

(Indien cliënt jonger is dan 16 jaar, tevens de handtekening van **beide** ouders en/of voogd)