



BURGEMEESTER VAN HOUTLAAN 160 A 5701 GL HELMOND  
06-36520333 OF 06-15374706

**INTAKE FORMULIER: DUIJS TALIG**

Sehr geehrter Herr, gnädige Frau,

wenn Sie die folgenden Fragen sorgfältig lesen möchten und so genau wie möglich ausfüllen  
Die daten werden während des aufnahmengesprächs mit ihnen besprochen.  
Natürlich bleiben die daten steng persönlich. Danke für deine zusammenarbeit.

**pass auf: wir raten ihnen immer, ihren artz zu informieren dass Sie eine unterstützende  
behandlung mit JDK.CBD/thc beginnen möchten!**

**Persönliche Informationen**

Nachname: Vorname: m/v

Adresse:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Telefonnummer: E-mail adresse:

Doktor: Telefonnummer doktor:

Spezialist: Telefonnummer spezialist:

Medikamentengebrauch:

Ergänzunggebrauch:

Von wem bist du über uns informiert worden?

## **Beschwerden:**

Was ist deine hauptbeschwerde?

Wann hat es begonnen und unter welchen umständen?

Wenn Sie schmerzen haben, können Sie den schmerzen bescheiden?  
(stechend, brennend, jammern, schiessen, pochend, drückend)

Ihre beschwerden sind regelmässig?

Welche bedingungen geben verbesserungen?  
(kälte, hitze, ruhe, stress, haltung....)

Wass verschlechtert ihre beschwerden?

Wie fühlst du dich im allgemeinen?

Es gibt zeiten des zusammenbruchs an einem tag?

Wenn ja wann?

Du wachst nachts auf? Wann?

Wie ist dein stuhlgang?

Sie haben allergien?

Du rauchst? Wenn ja, wie viel?

Trinkst du? Wenn ja, wie viel?

Benutzt du Drogen? Wenn ja, wie viel?

## **Familienkrankheiten:**

Gibst es in ihrer familie vererbte störungen?

Mutter:

Vater:

andere familienmitglieder:

### Krankheitsgeschichte:

Sie möchten überprüfen, was für Sie gilt

alt: vor kurzem:

Kopfschmerzen  
Wahr im kopf  
Schlaflosigkeit  
Schlechter schlaf  
Gewichtsveränderungen  
Schwindel  
Müdigkeit  
Schlechte sicht  
allergie

alt: vor kurzem:

darmentzündung  
verstopfung  
durchfall  
trockener mund  
gefüllter bauch  
übelkeit  
blähungen  
bauchschmerzen  
krampf  
sprudelnder bauch  
magensäure

alt: vor kurzem m

atemlosigkeit  
chronischer husten  
chronischer erkältung  
Asthma  
Halsschmerzen/entzündung  
Stirnhöhle entzündung  
tinnitus

alt: vor kurzem

gespannte muskeln  
schwache muskeln  
rückenschmerzen  
nackenschmerzen  
kribbeln  
gelenkschmerzen  
muskelschmerzen  
beschränkungen  
rheuma

alt: vor kurzem

blutdruck hoch  
blutdruck niedriger  
gefüllte drüsen  
arteriosklerose  
unregelmässige herzschatlag  
brustschmerzen  
herzklopfen  
kalte hände oder füsse  
krampfadern  
feuchtigkeit zurückhalten

alt: vor kurzem:

ekzem  
prellungen schnell  
trockene haut  
schwitzen  
juckreiz  
brüchige nägel  
haarausfall

alt: vor kurzem:

nierenentzündung oder steine  
schmerzen beim wasserlassen  
prostata-beschwerden

alt: vor kurzem:

nervös  
deprimiert  
über besorgt

zystitis  
geschlechtskrankheit  
urin wechseln  
libido ändern

konzentration  
gedächtnis  
angst  
viel sorge  
lustlosigkeit

alt: vor kurzum:

alt: vor kurzum:

schwanger  
schmerzhafte menstruation  
unregelmässige menstruation  
verlängerte menstruation  
schmerzhafte brüste  
weisse flut

aufladen  
weig selbstvertraue  
traurig  
unentschlossenheit  
reizbarkeit  
hitzewallungen

Sie können die beschwerden, die sie hatten, aufschreiben  
selbst kleine dinge können von interesse sein

alter

beschreibung:

**zu vervollständigen von Mother Nature's Finest**

datum:

beschreibung:

**EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG FÜR DIE PRIVATSPHÄRE**

In verbindung mit den neuen datenschutzgesetz bitten wir sie dieses formular auszufüllen  
Wenn dieses formular nicht ausgefüllt ist können wir Ihr aufnahmeformular nicht bearbeiten

**INFORMATIONEN:**

Alle informationen die Sie auf den oben genannten formular eigegeben haben werden nur von Mother Nature's Finest erkannt und verarbeitet.

Diese informationen wird nicht mit anderen geteilt ausser auf wunch.

Es betrifft Ihre NAV-Daten, telefonnummer, mailsadresse, NAV-Daten Arzt, gesundheitsdaten, usw. Aufgelistet auf diesem formular .

Diese daten werden in einem abschliessbaren aktenschrank gespeichert und Sie haben das recht Ihr aufnahmeformular jederzeit einzusehen, Ergänzen oder erhalten renditen.

Ihre daten werden nur zur beratung verwendet welche unterstützende behandlung möglich ist, und mit jeder (telefonischen) beratung werden sie um dat ergänzt, was besprochen wurde.

Ihre daten werden nicht für werbezwecke verwendet.

**WIR MÖCHTEN IHR BITTEN, DIE FOLGENDEN FRAGEN ZU BEANTWORTEN:**

BIST DU 18 ODER ÄLTER? JA / NEIN

SIE WERDEN ANGEMESSEN DARÜBER INFORMIERT, WIE IHRE PERSÖNLICHEN DATEN VON UNS VERARBEITET UND GESPEICHERT WERDEN? JA / NEIN

SIE GEBEN MOTHER NATURE'S FINEST DIE ERLAUBNIS, IHRE PERSÖNLICHEN DATEN ZU SPEICHERN UND KORSULTATIONEN ZU NUTZEN UND ERGÄNZEN? JA / NEIN

IHNEN IST BEWUSST, DASS DIE DATEN IHR EIGENTUM SIND UND SIE DIESE RECHTZEITIG ZURÜCKFORDERN KÖNNEN? JA / NEIN

SIE SIND SICH BEWUSST, DAS MOTHER NATURE'S FINEST IHRE INFORMATIONEN NUR AUF IHRE ANFRAGE AN DRITTE WEITERGIBT? JA / NEIN

SIE SIND SICH BEWUSST, DASS DIESE DATEN AUFBEWAHRT WERDEN, BIS SIE DIESE INFORMATIONENE BEI MOTHER NATURE'S FINEST ANFORDERN? JA / NEIN

**UNTERZEICHNUNG:**

NAME:.....

DATUM:.....

UNTERSCHRIFT:.....

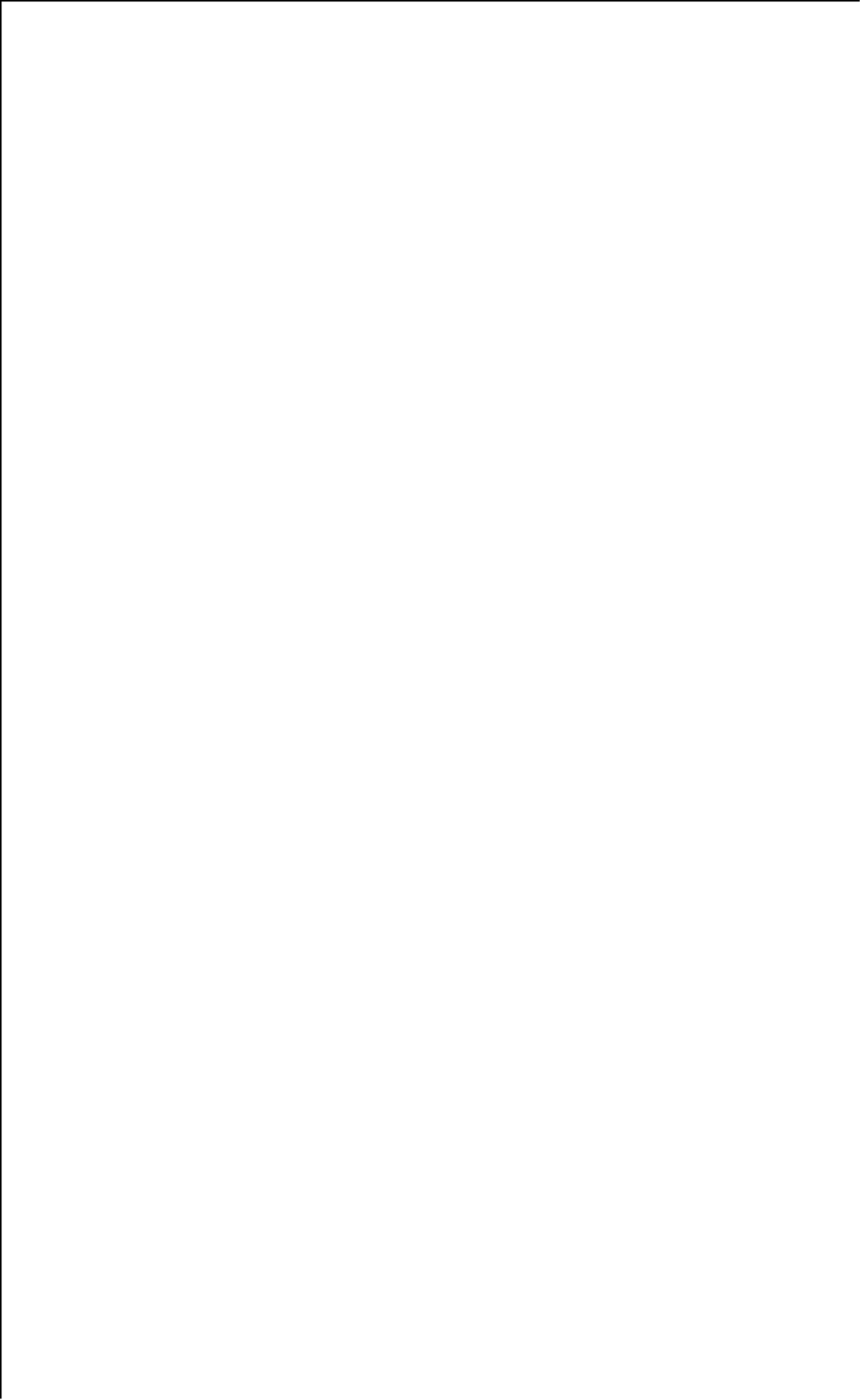


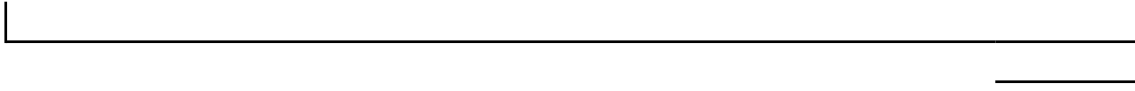












R

