



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 beschreiben?  
(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:	alt:	vor kurzem:
	Kopfschmerzen Wahr im kopf Schlaflosigkeit Schlechter schlaf Gewichtsveränderungen Schwindel Müdigkeit Schlechte sicht allergie		darmentzündung verstopfung durchfall trockener mund gefüllter bauch übelkeit blähungen bauchschmerzen krampf sprudelnder bauch magensäure
alt:	vor kurzem m	alt:	vor kurzem
	atemlosigkeit chronischer husten chronischer erkältung Asthma Halsschmerzen/entzündung Stirnhöhle entzündung tinnitus		gespannte muskeln schwache muskeln rückenschmerzen nackenschmerzen kribbeln gelenkschmerzen muskelschmerzen beschränkungen rheuma
alt:	vor kurzem	alt:	vor kurzem:
	blutdruck hoch blutdruck niedriger gefüllte drüsen arteriosklerose unregelmässige herzschatlag brustschmerzen herzklopfen kalte hände oder füsse krampfadern feuchtigkeit zurückhalten		ekzem prellungen schnell trockene haut schwitzen juckreiz brüchige nägel haarausfall
alt:	vor kurzem:	alt:	vor kurzem:
	nierenentzündung oder steine schmerzen beim wasserlassen prostata-beschwerden zystitis geschlechtskrankheit urin wechseln libido ändern		nervös deprimiert über besorgt konzentration gedächtnis angst viel sorge lustlosigkeit

alt: vor kurzum:

schwanger  
schmerzhafte menstruation  
unregelmässige menstruation  
verlängerte menstruation  
schmerzhafte brüste  
weisse flut

alt: vor kurzum:

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: beshreibung:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG 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:.....