



TRANSFORMATIONAL CUPPING®

Intakeformulier

Persoonlijke Gegevens:

- Naam: - Geboortedatum:
- Adres:
- Postcode: - Woonplaats:
- Telefoonnummer:
- E-mailadres:

Medische Informatie:

1. Bent u momenteel zwanger? -Ja / Nee
2. Heeft u kanker of een voorgeschiedenis van kanker? -Ja / Nee
3. Heeft u recent operaties ondergaan? Zo ja, welke en wanneer:
4. Heeft u allergieën? Zo ja, specificieer:
5. Zijn er andere medische aandoeningen waarvan de facilitator op de hoogte moet zijn? Zo ja, specificieer:

Doel:

Wat zijn je klachten en wat wil je bereiken met de behandeling?

Disclaimer:

Ik verklaar dat een sessie bij **vul hier jouw naam in**, in geen geval een vervanging is van een medisch consult bij een arts. Ik ben mij bewust dat ik zelf verantwoordelijk ben voor een gezonde levensstijl en kies bewust voor een sessie Transformational Cupping. Ik houd **naam** niet aansprakelijk voor de resultaten van de Transformational Cupping sessie(s).

Ik verklaar zelf verantwoordelijkheid te nemen voor mijn eigen welbevinden tijdens en na de sessie. Na en tijdens de behandeling kan ik wellicht het volgende ervaren: emotioneel, moe, dromen, nachtmerries, koud krijgen, draaielig, misselijk, pijn, doorkomen van menstruatie, zweten en overgeven. Dit zijn kenmerken van het reinigingsmechanisme dat in werking treedt. Daarnaast kan de gecupte plek blauw worden, warm en rood worden of beurs aanvoelen. Ik ben mij hiervan bewust. Ik verklaar hiermee op de hoogte gebracht te zijn van de neveneffecten van transformational cupping en deze te accepteren.

Naam:

Handtekening:

Datum: