



Inschrijfformulier

Naam: _____

Voornaam: _____ Voorletters: _____

Adres: _____

Postcode: _____ woonplaats: _____

Geboortedatum: D ____ M ____ J ____ Man Vrouw

Uw zorgverzekeraar: _____

Aanvullend verzekerd: Ja Nee

BSN nummer: _____

Telefoonnummer thuis: _____

Telefoonnummer werk: _____

Mobielnummer: _____

Welke klachten wilt u behandeld worden (onderstrepen) :

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• pijnklachten• nekvervelklacht• rugklachten• hoofdpijn• migraine• hoge bloeddruk• suikerziekte• slapeloosheid/• droge e/o pijnlijke ogen• schouder- en gewrichtsontsteking• reumatiek• artritis• fibromyalgie• ischias• hernia• muisarm (RSI) | <ul style="list-style-type: none">• tennisarm• zenuwontsteking• hiel- en voetzoolklachten.• vermoeidheid• duizeligheid• depressie• hartkloppingen• epilepsie• overmatig zweten• stress/ angst• prostaatontsteking• maag- en darmklachten• menstruatiepijnen• onregelmatige menstruatie• overgang | <ul style="list-style-type: none">• bedplassen/ diarree/ constipatie• acne/ eczeem/ jeukende huid• haaruitval• bronchitis/ astma• hooikoorts• doofheid/ oorsuizingen• afslankacupunctuur• stoppen met roken• anders: ______________________________ |
|---|--|--|

