



Namn: _____ Pers. nr: _____

Adress: _____ Post nr och ort: _____

Personnummer: _____ Mobil: _____

E-post: _____

Yrke: _____ Röker: Ja, antal/dag _____ Nej

Hur kom du i kontakt med oss? (ex rekommendation, telefonkatalogen)

Ärftliga sjukdomar i familjen: t ex reumatism _____

Aktuella skador eller sjukdomar: _____

Tidigare skador eller sjukdomar: _____

Äter du någon medicin och mot vad: _____

Jag tränar ca _____ per vecka. Träning/aktivitet: _____

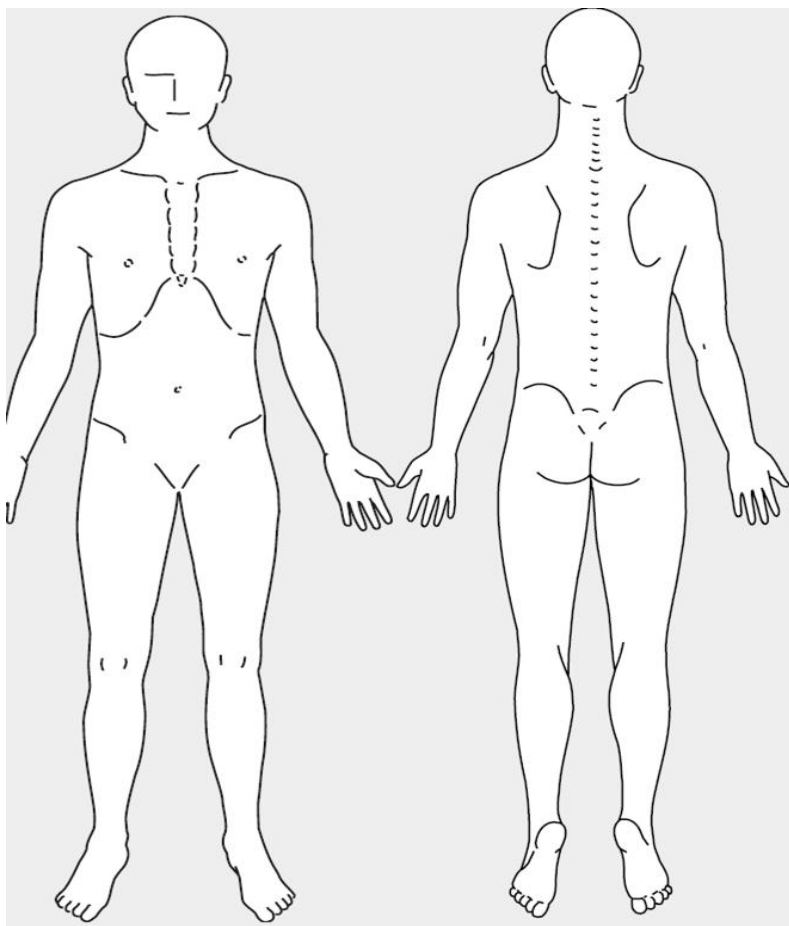
Kryssa i ett av alternativen Ja/Nej. Om ja skriv vad.

	Ja	Nej	Kommentar till ”ja” – efter respektive fråga
1, Allergi	☐	☐	Vilken allergi? _____
2, Astma	☐	☐	_____
3, Tidigare tumörer	☐	☐	_____
4, Tidigare hjärtproblem	☐	☐	_____
5, Tidigare benbrott	☐	☐	_____
6, Tidigare operationer	☐	☐	_____
7, Problem med mage/tarm	☐	☐	_____
8, Återkommande smärta	☐	☐	_____
9, Sömnproblem	☐	☐	_____
10, Huvudvärk	☐	☐	Var och hur ofta _____
11, Högt blodtryck	☐	☐	Ligger på: _____
12, Tidigare kortisonsprutor	☐	☐	Var och antal: _____
13, Lätt att svimma	☐	☐	_____
14, Smärta vid nysa el hosta	☐	☐	_____
15, Jag är gravid	☐	☐	Vilken månad? _____
16, Jag känner mig fullt frisk	☐	☐	_____
Övrigt:			_____ _____ _____

Aktuell sökorsak: Beskriv också smärtan och dess karaktär:



Markera på figurerna var
ditt problem upplevs:



Klient/Patient

I och med min namnunderskrift nedan ger jag mitt godkännande till att bli behandlad för min sökorsak/besvär.

Jag och terapeuten är medveten om att terapeuten inte får behandla sjukdomstillstånd eller diagnostiserade tillstånd enligt svensk lagstiftning.

Jag är medveten om att terapeuten inte är medlem i den traditionella vården utan tillhör alternativvården och att terapeuten endast behandlar energimässiga obalanser i kroppen och INTE manifesterade sjukdomstillstånd. Således kan eventuell förbättring av min hälsa eller mitt generella hälsotillstånd INTE beskyllas eller belastas terapeuten jag nu besöker.

Härmed ger jag mitt godkännande att få behandling för min sökorsak.

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Terapeuten

Terapeuten som denna hälsodeklaration tillhör intygar härmed att jag inte behandlar sjukdomar eller diagnostiserade tillstånd.

Vidare intygar jag att jag inte arbetar med manipulation av kroppens kemi, det är svenska läkares arbete. Jag är medlem i ett professionellt yrkesförbud och har patient och ansvarsförsäkring enligt gängse regler. Jag arbetar med att balansera uppstådda obalanser på en energinivå (alltså INTE kemisk nivå). Jag är medveten om att detta inte är vedertaget av västerländsk medicin. Västerländsk medicin anser att energibalansering är "humbug" och inte fungerar enligt deras kemibaserade vetenskapliga studier.

I och med klientens/patientens signatur godkänner denna att jag får behandla denna för det tillstånd/obalans de söker mig för.



Ett samarbete mellan Svenska KINOpraktikskolan och Källängskliniken

För mer information, kontakta Reijo Palojarvi på Reijo@Bodytherapycenter.se eller ring på 070-691 61 62