Kim Golsteijn

Energetische massage

*Algemene Voorwaarden*

1. Ik onderga de behandeling op eigen risico en ik zal de behandelaar niet aansprakelijk stellen voor enige nadelige gevolgen, bijwerkingen en/of nawerkingen die het gevolg zouden kunnen zijn van de behandeling.
2. De therapeut is gehouden te handelen conform de beroepscode.
3. De cliënt begrijpt dat informatie tijdens een behandeling, niet wordt verstrekt met de bedoeling medisch advies te vervangen op welke wijze dan ook en ook niet om diagnoses te stellen en ziektes te behandelen. Bij medische vragen en/of problemen: Raadpleeg en overleg altijd met een (huis)arts!
4. De cliënt begrijpt dat alle informatie die vanuit de behandeling naar voren komt volledig vertrouwelijk wordt behandeld.
5. De cliënt dient een afspraak minimaal 24 uur van te voren telefonisch te annuleren, anders worden de kosten van de gereserveerde tijd in rekening gebracht.
6. De betalingswijze van de behandelingen is, tegen uitreiking van een factuur, per consult. Als behandelingen niet ter plekke worden voldaan (middels pin) dan dient betaling van de factuur binnen 10 werkdagen, te geschieden.

*Persoonlijke gegevens*

Naam: ………………………………………………………………………………………………………………..

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………..

Postcode: ………………………………. Woonplaats: ……………………………………………………

Geboortedatum: ………………………………

Telefoonnummer/Mobiel: …………………………………………………………………………………….

Email: ………………………………………………………………………………………...

Intakeformulier massage

Naam: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Geboortedatum: …………………………

Datum: …………………..

*Is er -op dit moment- sprake van de volgende ziekten/aandoeningen:*

* Diabetes ja/nee
* Afwijkende bloeddruk hoog/laag/n.v.t
* Hartproblemen of pacemaker ja/nee
* Zwangerschap ja/nee/n.v.t.
* Rug- of nekklachten (hernia - whiplash) ja/nee
* Kanker ja/nee
* Spataders ja/nee
* Infectie ja/nee
* Trombose ja/nee
* Gebruikt u medicijnen? ja/nee

Zo ja, welke en waarvoor: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Heeft u een allergie? ja/nee

Zo ja, welke:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Extra Toelichting:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

*Ik geef toestemming dat Kim Golsteijn mijn 06 nummer en mailadres mag gebruiken om mij op de hoogte te houden van acties, aanbiedingen en het sturen van een nieuwsbrief. ja/ nee*

Ik heb de voorwaarden gelezen en ga akkoord

Datum: Handtekening: