

Naam dhr. mevr.: .....  
 Meisjesnaam: .....  
 Adres: .....  
 Postcode/woonplaats: .....  
 Land: .....  
 Telefoonnummer thuis: .....  
 Telefoonnummer werk: .....  
 Telefoonnummer mobiel: .....  
 Emailadres: .....

Initialen: .....  
 Roepnaam: .....  
 Geboortedatum: .....  
 Beroep: .....  
  
 Handtekening: .....  
 Ingevuld door: .....

01. Heeft u kinderen? Ja Nee  
 Zo ja, hoeveel? ..... Zijn alle kinderen gezond? Ja Nee  
 Zo nee, waarom niet? .....
02. Hoe bent u verzekerd? Individueel Collectief Naam zorgverzekeraar: .....  
 Polisnummer: ..... Heeft u een aanvullende verzekering afgesloten? Ja Nee
03. Wat is uw lengte? .....cm. Wat is uw gewicht? .....kg.
04. Gebruikt u drugs? Ja Nee
05. Gebruikt u momenteel medicijnen/voedingssupplementen of andere middelen? Ja Nee  
 Zo ja, welke (merk/handelsnaam, sterkte en dosering) (Indien nodig vervolgen op pagina 3/3.)  
 .....  
 .....
06. Bent u weleens geopereerd? (Indien nodig vervolgen op pagina 3/3). Ja Nee  
 Zo ja, waaraan en wanneer? .....
07. Wie is uw huisarts? ..... Telefoonnummer: .....
08. Is uw huisarts op de hoogte van uw behandeling door ons instituut? Ja Nee
09. Bent u momenteel ook nog elders onder behandeling? Ja Nee  
 Zo ja, bij wie en waarvoor? .....
10. Voor welke klachten en wanneer bent u daarvoor in het verleden behandeld? .....
11. Wat zijn momenteel uw belangrijkste klachten? (graag zo nauwkeurig mogelijk toelichten en eventueel op het vervolgblad/pagina 3/3 nader omschrijven)  
 .....  
 .....  
 Wanneer zijn deze begonnen? .....
12. Zijn de klachten continue of met tussenpozen aanwezig? continue tussenpozen  
anders, namelijk: .....
13. Zijn de klachten t.g.v. een ongeval? Ja Nee Indien ja, datum ongeval: .....
14. Heeft u ooit één van de volgende ziekten gehad? Ja Nee  
 Zo ja, hokje aankruisen a.u.b. amoebendysenterie geelzucht malaria ziekte van pfeiffer  
toxoplasmose tbc(tuberculose) tyfus roodvonk
15. Heeft u nog andere ziekten of klachten gehad die het vermelden waard zijn? Ja Nee  
 Zo ja, welke en wanneer? (indien nodig vervolgen op pagina 3/3)  
 .....
16. Bestaan binnen uw familie terugkerende klachten? (bijv. kanker, hart -en vaatziekten etc.) Ja Nee  
 Zo ja, welke en bij wie? .....
17. Bestaan er allergische reacties? Ja Nee  
 Zo ja, waarvoor? .....
18. Heeft u weleens een psycholoog of psychiater geraadpleegd? Ja Nee  
 Zo ja, waarvoor en hoe lang? .....
- Zijn de behandelingen gestopt? Ja Nee
19. Heeft u gerookt of rookt u momenteel nog? Ja Nee  
 Indien ja, hoeveel per dag? .... sigaretten/sigaren/per dag Anders, nl.: .....  
 Hoelang rookt u/heeft u gerookt? .....

20. Gebruikt u alcohol? Ja Nee  
 Zo ja hoeveel? .... Glazen .....per dag/week  
 Bent u verslaafd aan alcohol, drugs, tabak of dergelijke? Ja Nee
21. Hoe bent u aan ons adres gekomen? huisarts specialist  (fysio)therapeut anders, nl.: .....
22. Bent u zwanger? (indien van toepassing) Ja Nee  
**Indien u deze vraag met 'ja' hebt beantwoord, is uit voorzorg géén behandeling mogelijk!**
23. Heeft u een pace-maker of lijdt u aan hartritmestoornissen? Ja Nee  
**Indien u deze vraag met 'ja' hebt beantwoord, is géén behandeling mogelijk!**
24. Lijdt u aan hypertensie (hoge bloeddruk)? Ja Nee
25. Lijdt u aan hypotensie (lage bloeddruk)? Ja Nee
26. Heeft u (in)slaapproblemen? Ja Nee

**Belangrijke aandachtspunten** (vóór aanvang van de behandeling(en) graag aandachtig lezen!)

- Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u hiermee alle gevraagde gegevens zo compleet mogelijk en naar waarheid te hebben ingevuld en onverminderd akkoord te gaan met alle volgende aandachtspunten. (Dit geldt uitdrukkelijk ook voor alle volgende (na)behandelingen).
- Zoals u reeds meerdere malen, o.a. ook gedurende het intake-gesprek, mondeling uitdrukkelijk is/wordt meege-deeld, kunnen garanties, van welke aard dan ook, o.a. m.b.t. eventueel herstel nooit en te nimmer gegeven wor-den! U dient zich dit goed te realiseren! Hoewel wij ons uiterste best doen om uw gezondheid te verbeteren moet u zich wel goed realiseren dat dit niet altijd zal lukken! Bij twijfel dient u dit formulier niet te ondertekenen!
- Het is altijd verstandig om uw reguliere (huis)arts en/of (behandelend)specialist op de hoogte te stellen van een (voorgenomen) behandeling. Door ondertekening van dit formulier verklaart u uitdrukkelijk, geheel op vrijwillige basis, derhalve geheel onverplicht, akkoord te gaan en opdracht te geven voor een (vervolg)behandeling voor (on)bepaalde tijd. In geval van geschillen is altijd het nederlandse recht van toepassing.
- De behandelingskosten met de Medicol® -formule bedragen € 62,50 per dag. (de eerste behandeldag wordt be-rekend; de laatste behandeldag niet). De kosten van een intake-gesprek bedragen € 75,00. De kosten van iede-re check-up bedragen € 25,00. De kosten voor een urine/speekselttest bedragen € 35,00. **Alle** dagen die de be-handelapparatuur (ten onrechte) in uw bezit is, zullen worden (door)berekend! (Tenzij schriftelijk uitdrukkelijk anders is overeengekomen).
- Fakturen worden in principe, afhankelijk van de behandel(duur), periodiek toegestuurd. De op de faktuur vermel-de betalingscondities dienen strikt te worden nageleefd. Indien dit niet gebeurt, kunnen eventuele (vervolg)be-handelingen onmiddellijk worden gestaakt. Genoemde factuurbedragen dienen rechtstreeks aan Brinkenheide bv te worden overgemaakt; Ingeval een verzekeringsmaatschappij de kosten geheel of gedeeltelijk vergoedt, dient u eerst de verschuldigde bedragen aan Brinkenheide bv te voldoen. Daarna kunt u de facturen declareren bij uw verzekeringsmaatschappij. In geval van overmacht of dringende omstandigheden, kan eventueel een be-talingsregeling of alternatieve regeling worden getroffen. Dit dient vóóraf te worden gemeld!
- Alle Medicol® behandelapparatuur en terbeschikking gestelde Medicolor™-kleuren blijven onder àlle omstan-omstandigheden het wettig en onvervreemdbaar eigendom van Brinkenheide bv, wettelijk vertegenwoordigd door J.W. van den Brink, of diens aangewezen medewerk(st)er(s) / waarne(e)m(st)er(s).
- Alle aandachtspunten zijn onverminderd van toepassing op toekomstige consulten en (vervolg)behandelingen.
- In geval van ernstige nalatigheid of wangedrag van een patiënt kan Brinkenheide bv iedere verdere behandeling onmiddellijk staken, terwijl de cliënt tot volledige betaling is gehouden.
- Medicol® en Medicolor™ zijn wettig gedeponeerde handelsmerken van Smarty bv. In geval van misbruik of in-breuk, is het nederlandse recht van toepassing.
- Psychische en/of lichamelijke gebreken kunnen niet behandeld worden; o.a. tekorten aan een bepaalde sub-stantie of schade veroorzaakt door o.a (medische) ingrepen, (medische) behandelingen, medicijnen, drugs, ro-ken, alcoholgebruik etc.
- Brinkenheide bv stelt zich uitdrukkelijk niet aansprakelijk voor de gevolgen van ondeugdelijk gebruik. De behan-delapparatuur is uitsluitend voor persoonlijk gebruik! Andere behandelingen zijn absoluut niet toegestaan!
- Door ondertekening van dit formulier bevestigt u de ontvangst van een complete Medicol®-behandelset inklu-sief 'behandelkleurfrekwenties', gebruiksaanwijzing, praktijkfolder en een kopie van dit behandelkontraht/intake-anamneseformulier.

Indien u klachten heeft, stellen wij het op prijs om dit als eerste van u te vernemen; dan kunnen eventueel ge-maakte fouten, voor zover mogelijk, (als)nog hersteld worden. Bij vragen of eventuele onduidelijkheden, zullen wij u graag van dienst zijn. Ik verklaar hiermee geheel en zonder voorbehoud akkoord te zijn met bovengenoem-de aandachtspunten en verklaar tevens alle gevraagde informatie, zonder voorbehoud, naar waarheid te heb-ben beantwoord.

**Plaats:** ....., **Datum:** ..... - ..... - 2008 **Handtekening patiënt(e)\*:** .....

\*In geval van minderjarigheid of onder-curatelestelling dienen - indien mogelijk - beide ouders of wettelijke voogd(en) (mee) te tekenen!  
 Bovengenoemde datum geldt tevens als aanvangsdatum van de behandeling(en) en worden vanaf deze datum gefactureerd.

Naam: .....  
Geboortedatum: .....

Hieronder kunt u, indien nodig, nog aanvullende informatie verstrekken:

Vraag 5:

Vraag 6:

Vraag 11:

Vraag 15:

Andere vraag: