

INTAKE FORMULIER

Naam Cliënt:

Geboortedatum:

Geslacht: M / V

Adres:

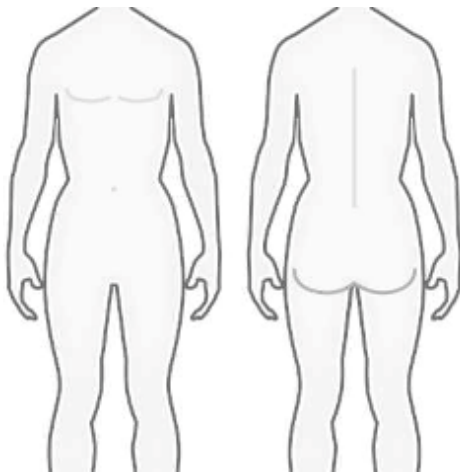
Postcode:

Woonplaats:

Gewicht:

Lengte:

Gewenste te behandelen zone(s):



Ruimte voor notities:

Medische anamnese doorgenomen en ondertekend : J / N

Absolute en relatieve contra-indicaties doorgenomen : J / N

Foto genomen voorafgaand aan de behandeling : J / N

Indien uit de medische anamnese en absolute en relatieve contra-indicatielijst bijzonderheden naar voren zijn gekomen kan cliënt wellicht niet behandeld worden met de Body-wizard duo.

Datum:

Bedrijfsnaam:

Naam/handtekening behandelend specialist:

Handtekening Cliënt: