

Aanmeldingsformulier

Baukje Rademaker - 3e Ebbingestraat 9A - 8261 VP Kampen - Tel. 06 2006 4776 - info@kizee.nl - [www.kizee.nl](http://www.kizee.nl)

*Graag formulier invullen en aan beide kanten ondertekenen*

Voor- en achternaam: ………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum: ..................................................... Beroep: ………....................................

Naam ouders: .............................................................................................................................

(alleen indien 16 jaar of jonger)

Adres: .............................................................................................................................

Postcode + woonplaats: …………………………………………………………………………………

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

Emailadres: ...........................................................................................................................

**Ongevallen: □** nee **□** ja

Omschrijving ...............................................................................................................................

 ……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

**Wervelkolomaandoeningen: □** nee **□** ja

Omschrijving ................................................................................................................................

 …………………………………………………………………………………………….

**Heeft u eerder een atlascorrectie ondergaan of een andere therapie waarbij de bovenste nekwervels betrokken waren? □** nee **□** ja

Omschrijving ……………………………………………………………………………………………………………..

**Welke klachten en/of aandoeningen heeft u?**:

*

*
*

*

Datum: ...................................... Handtekening: ...................................................................

 (bij minderjarigen van wettelijke vertegenwoordiger)

Gebruikt u **medicijnen**? **□** nee **□** ja,

Omschrijving ……………………………………………………………………………………………………………..

*Indien u chemotherapie of bestraling ondergaat, is het raadzaam te wachten met de ATLASPROFILAX® behandeling.*

Bij vrouwen: bent u **zwanger**? **□**  nee **□** ja, *dan kan de ATLASPROFILAX® behandeling pas*

 *na de bevalling plaatsvinden*

Heeft u of had u last van **depressies**? **□** nee **□**  ja, wanneer: ………………………………………

Gebruikt u bepaalde hulpmiddelen (bv. corrigerende **steunzolen, bril, gehoorapparaat)**?

 **□** nee **□** ja, namelijk: ……………………………………

Ik verzoek Baukje Rademaker de AtlasPROfilax®-methode op mij toe te passen en bevestig bij deze dat de behandelmethode mij voldoende duidelijk is uitgelegd en dat ik geïnformeerd ben over de mogelijke reacties - zoals spierspanning, hoofdpijn, geïrriteerde zenuwen, vermoeidheid, stemmingswisselingen, verandering in kaakgewrichten - die gedurende het zelfhelingsproces kunnen optreden.

**De AtlasPROfilax**®**-methode is geen vervanging voor een medische behandeling.** Met de AtlasPROfilax® worden geen ziekten of aandoeningen behandeld of gediagnosticeerd. Deze methode betreft geen manipulatie zoals deze door chiropraktoren of osteopaten wordt uitgevoerd. Atlasprofilax®-behandelaar Baukje Rademaker is geen arts en heeft dan ook geen intentie om deze als zodanig te vervangen. Zij zal u dan ook nooit adviseren een noodzakelijke medische behandeling zonder overleg met uw arts te onderbreken. De verantwoordelijkheid voor het onderbreken, uitstellen of stoppen van een medische behandeling ligt geheel bij ondergetekende. De kosten worden meteen voldaan en u krijgt per e-mail de factuur toegestuurd, zodat u deze eventueel kunt declareren bij uw zorgverzekering (indien u een passende aanvullende verzekering voor alternatieve geneeswijzen heeft).

Tot slot verklaar ik de algemene voorwaarden - waarvan de **privacyverklaring** deel uitmaakt – te hebben gelezen en hiermee akkoord te gaan. Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld en ga akkoord met de toepassing van de Atlasprofilax®-methode.

Datum: ...................................... Handtekening: ...................................................................

 (bij minderjarigen van wettelijke vertegenwoordiger)

*Testtabel - in te vullen door behandelaar*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | V | N | C d.d. | Opmerkingen |
| BLVAssym-Rust-Nek ↔-Benen▲  |  |  |  |  |
| Nek | AtlasRot. RRot. LH-VH-AO-RO-L |  |  |  |