



Verzoeken- Aanbevelingen in eigen belang

Vooraf

Sporten:

Het is beter om de 4 dagen voorafgaand aan de behandeling niet te sporten. Sporten heeft een negatieve invloed op onze metingen

Géén alcohol:

Op de behandeldag a.u.b. geen alcohol drinken

Crèmes – Lotions:

Op de behandeldag s.v.p. geen crème, vet of lotion op de handen of voeten smeren. Crème, vet en lotion verstoren onze metingen

Meenemen

Vragenformulier:

Het vragenformulier ingevuld en ondertekend meenemen of a.u.b. ruim vooraf aan de behandeldag mailen

Medicatie:

Wilt u de eerste afspraak uw medicatie meenemen.

De middelen én de verpakking. Niet alleen de verpakking!

Indien mogelijk ook belangrijke medicatie die u in het verleden heeft gehad

Ná de behandeling(en)

Veel drinken:

Het is noodzakelijk om na de behandeling elk uur een glas (kraan)water te drinken om het ontgiftingsproces zo goed mogelijk te laten verlopen. In totaal is dat ca. 2 lt p/dg. Probeer om ca een week geen alcohol te nemen na de behandeling. De lever heeft alle energie nodig om te kunnen ontgiften.

Hoofdpijn:

Indien u hoofdpijn krijgt of zich misselijk voelt in de dagen na de behandeling, dan wordt dit hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt door het ontgiftingsproces. Extra veel water drinken (bij voorkeur aangevuld met een beetje citroensap) kan dit verhelpen

Emoties:

Het kan voorkomen dat u na de eerste behandelingen erg emotioneel of prikkelbaar wordt. Ook dit kan een reactie zijn op de behandeling. Dit wordt in de loop van de week volgend na de behandeldag langzaam minder

Vermoeidheid:

Omdat uw lichaam zelf het genezingsproces moet oppakken en vanwege de ontgifting, zijn sommigen moe na de behandeling

ONS ADVIES IS OM ER AAN TOE TE GEVEN

Verzoek van tijdelijke aard

Dieet voorschrijven doen wij in principe niet; er is één tijdelijke uitzondering daarop: als er regelmatig voedselvergiftigingen worden gemeten eet dan een poosje geen kippenvlees of eieren. Hierin zitten namelijk erg veel salmonellabacteriën die we juist proberen weg te behandelen. Eet dan bij voorkeur kalkoenvlees

Afspraak verzetten of annuleren

Tot uiterlijk 48 uur van tevoren gratis de afspraak verzetten of annuleren, daarna brengen wij de behandelkosten in rekening

Laat een boodschap achter via [06 37 35 80 58](tel:0637358058) of stuur een e-mail aan info@biori.nl



VRIJWARINGS VERKLARING EN INSTEMMING

Ik _____ bevestig hiermee dat ik geen orgaantransplantatie heb ondergaan, met inbegrip van kunstmatige of weefsel-kleppen in het hart, buizen, shunts, kunstmatige bloedvaten of bloedvat versterkingen. Ik heb vernomen dat ik als ik één van de genoemde transplantaties heb ondergaan ik geen bio-fotonen sessies kan ontvangen. Ik ben mij ervan bewust dat mijn sessie vrijwillig is en dat ik uit eigen vrije wil aanwezig ben. Ik hierbij Riëtte en Ruori van Balen vrijwaar tegen alle claims of de verplichting die zou kunnen voortvloeien uit onze samenwerking.

Ik heb duidelijk begrepen dat ik niet word behandeld voor een specifieke ziekte en dat de ontvangen sessies slechts tot doel hebben het tot evenwicht brengen van de energetica en biologische aspecten van het lichaam en het ondersteunen van het lichaam met behulp van natuurlijke methodes. De gebruikte technieken zijn slechts voor het vinden van deze onevenwichtigheden, zodat het lichaam gecorrigeerd kan worden. Deze methode wordt niet gebruikt om een fysieke diagnose te maken. Geen drugs, fysieke supplementen, kruiden en/of andere soortgelijke stoffen worden gebruikt. Het bio-fotonen instrument de Chiren® is niet geëvalueerd of goedgekeurd door de Nederlandse wetgeving om te diagnosticeren, te behandelen of ziekte te genezen.

Bio-fotonen therapie is gewijd aan het bevorderen van het publieke begrip van de Biontologie (Bio-fotonen wetenschap) en het zorgen voor een waardevolle hulpbron voor gezondheid en welzijn. Verstreckte informatie is geen advies en mag niet als zodanig worden beschouwd.

Als ik momenteel geneesmiddelen gebruik en deze tijdens de behandeling blijf gebruiken ben ik mij er van bewust dat ik minstens driemaal zoveel bio-fotonen behandelingen nodig heb als een persoon die medicatievrij is, om dezelfde resultaten te bereiken.

Er is mij verteld en ik ga ermee akkoord dat net als bij alle gezondheidszorg behandelingen, een garantie niet kan worden gegeven dat dergelijke sessies zullen resulteren in een herstel van de gezondheid.

Ik heb de bovenstaande paragrafen gelezen en erken mijn onvoorwaardelijke en volledige begrip voor de overeenkomst en de naleving van de bovengenoemde verklaringen door middel van mijn ondertekening hieronder.

Heerhugowaard, d.d. :

Handtekening voor akkoord :

strikt persoonlijk en vertrouwelijk

Belangrijk!!

Mensen die een orgaan transplantatie hebben ondergaan of mensen met lichaamsvreemde vervangingen kunnen NIET! worden behandeld

Om een beeld te krijgen van de gezondheid graag onderstaande vragenlijst invullen
Biori, C.F. Kuyken v/d Eijndetuin 5, 1705 HX Heerhugowaard, telefoon 06 37 35 80 58

De genoteerde informatie kan helpen de oorzaak van ongemak of klacht te achterhalen
 Deze gegevens zullen worden gebruikt bij de samenstelling en evaluatie van het behandel
 programma en zullen nooit! zonder uitdrukkelijke toestemming aan derden worden verstrekt.

Clïënten Anamnese formulier voor Bio-fotonen Coherentie Therapie.

Vul alstublieft het hele document in en neem deze mee naar uw 1e afspraak

of e.mail het ruim vóór uw afspraak naar info@biori.nl

Achternaam/ tussenvoegsel	:	_____
Voornaam / roepnaam	:	_____
Geboorte datum	:	_____
Straatnaam - Huisnummer	:	_____
Postcode - Woonplaats	:	_____
Telefoonnummer privé	:	_____
GSM (mobiel) nummer	:	_____
E.mail adres	:	_____
Burgerlijke staat	:	_____
Huidige lengte - Gewicht	:	_____ m. _____ kg.
Hoe ben je met ons in contact gekomen?	:	_____

Familie geschiedenis

Is er sprake van: allergie-asthma-artritis-diabetes-hartziekte-hoge bloeddruk-longziekte-kanker

Vader

Moeder

Welke inentingen zijn toegediend? (aankruisen wat van toepassing is)	
BMR (Bof, Mazelen, Rode Hond)	<input type="checkbox"/>
Bof	<input type="checkbox"/>
Cholera	<input type="checkbox"/>
Diphtheria	<input type="checkbox"/>
DKTP (Diphtheria, Kinkhoest, Tetanus, Polio)	<input type="checkbox"/>
Gele koorts (Yellow fever)	<input type="checkbox"/>
Griep	<input type="checkbox"/>
Haemophilus type B (HIB)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>
HPV (Humaan Papilloma Virus)	<input type="checkbox"/>
Kinkhoest	<input type="checkbox"/>
Of enig ander vaccin in relatie tot beroep of reisbestemming(en)	:

Malaria	<input type="checkbox"/>
Mazelen	<input type="checkbox"/>
Meningococcen	<input type="checkbox"/>
Meningitis (B4)	<input type="checkbox"/>
Pokken	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>
Rode Hond	<input type="checkbox"/>
Tetanus (anti-Tetanus)	<input type="checkbox"/>
Tuberculose (TB)	<input type="checkbox"/>
Typhus	<input type="checkbox"/>
Waterpokken	<input type="checkbox"/>

Ik rook gemiddeld	:	_____	sigaretten/shag per dag
Ik gebruik gemiddeld	:	_____	glazen alcohol per dag
Ik drink gemiddeld	:	_____	koppen koffie per dag

Gebruik je of heb je ooit gebruikt onderstaande medicijnen, zo ja, welke?		
(graag alle medicamenten in de originele verpakking meenemen, niet alleen de verpakking!)		
	Nu	Vroeger
Anti- biotica	:	_____
Anti - depressiva	:	_____
Betàblokkers/hart medicatie	:	_____
Cholesterolverlagers	:	_____

Cortison - Prednison	:	
Diuretica	:	
Laxeermiddelen	:	
Maagzuur remmers	:	
Overig	:	
Pijnstillers	:	

Ik gebruik onderstaande (voedings)supplementen/vitamines

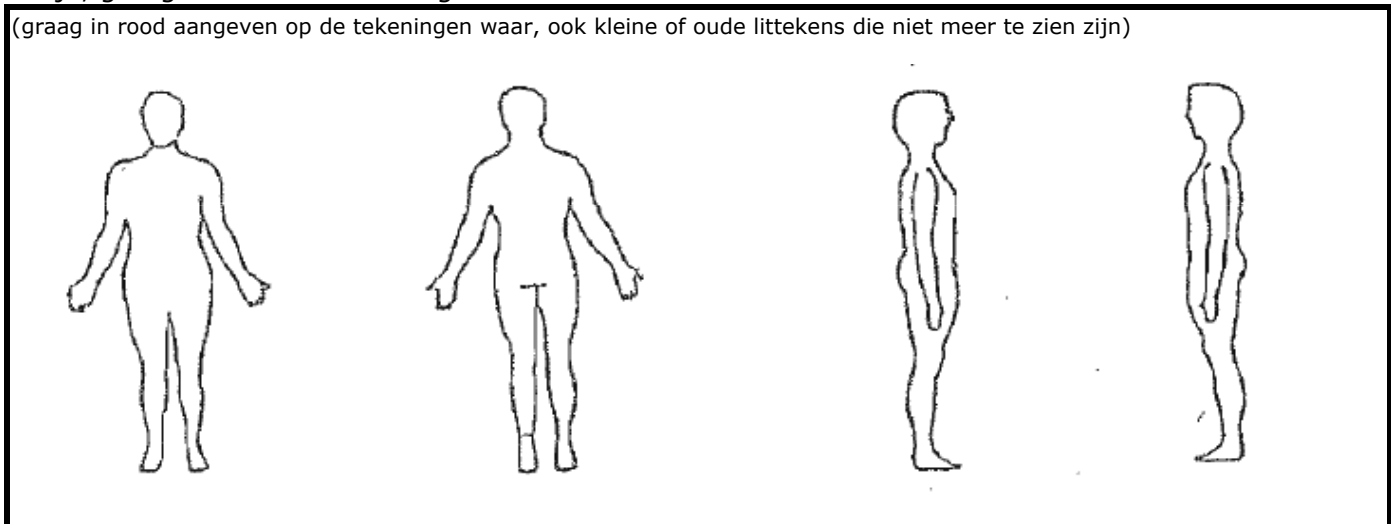
Momenteel onder behandeling van een arts of specialist? ja/ nee

Implantaten ingebracht? Zo ja, welke ja/ nee

Operaties gehad? ja/ nee
Zo ja, waarvoor en wanneer

Zijn er littekens van operaties, ongelukken of blessures? ja/ nee
Zo ja, graag welke en waar aangeven in onderstaande tabel

(graag in rood aangeven op de tekeningen waar, ook kleine of oude littekens die niet meer te zien zijn)



Medische diagnose en belangrijkste klachten (zowel lichamelijk als geestelijk)

Wanneer zijn de klachten ontstaan (geef aub een beeld over langere tijd)

Wanneer zijn de klachten het hevigst bijv. tijdstip, seizoen, na bepaald voedsel, bij bep. activiteit
Beschrijf het zo volledig mogelijk: locatie, tijdsduur, intensiteit (hoe erg het was/is enz.)

Whiplash; ooit een zweepslag met het hoofd gemaakt? ja/ nee

Ooit een ongeval of hevige valpartij gehad? ja/ nee

Zo ja, hoe? Bijv. aanrijding, bij sporten of val met de fiets

Sportblessures gehad of nu last van? Zo ja, welke? ja/ nee

Ooit een hersenschudding gehad? ja/ nee

Zo ja, hoe? Bijv. aanrijding, bij sporten of val met de fiets

Last van ziektes of psychische aandoeningen (gehad - ook in de jeugd)? ja/ nee

Zo ja, welke (bijv. bof, mazelen, rode hond)

Word er sport beoefend? ja/ nee

Zo ja, welke en hoe vaak per week

Geen sport maar wel fietsend of lopend naar het werk;
Hoeveel km/tijd

Wat is/zijn je beroep(en) (geweest)?

Volg je een bepaald voedselpatroon? dieet, intoleranties, vegetarisch, fastfood

Hoe is de ontlasting? Hoe vaak, samenstelling (hard, zacht, diarree) kleur, geur

Staat er een elektrische wekker(radio) naast het bed?

ja/ nee

Slaap je goed, word je uitgerust wakker?

Zo nee,

slaap je slecht in?

word je vaak wakker?

hoe laat ga je altijd naar bed?

hoe lang duurt het voor je inslaapt?

hoe laat word je wakker?

Ben je de afgelopen maand ziek geweest?

ja/ nee

Ben je aan het detoxen (ontgiften) op dit moment?

ja/ nee

Op schaal van 1 tot 10, welk cijfer geef je aan jezelf voor:

Je levenslust

Je gezondheid in algemene zin

Je hoeveelheid energie in algemene zin

Je sociale leven

Je huidige leven in algemene zin

Je gevoel van ontspanning (10 is heel ontspannen, 1 is heel gespannen)

Nog opmerkingen die van belang kunnen zijn voor de behandeling?

Wat hoop je in ieder geval te bereiken met de bio-fotonen behandeling:

Dankjewel voor het beantwoorden van deze vragenlijst van 3 pagina's

Naar waarheid ingevuld d.d.

Handtekening voor akkoord