

Gezondheidsverklaring

Naam: M / V
Geboorte Datum: / /
Adres:
Postcode: Plaats:
Telefoon: E-mail:

Vragen met betrekking tot uw algehele gezondheid:	Ja	Nee
1. Bent u op dit moment gezond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heeft of had u last van een van de volgende aandoeningen:		
• Hartziekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ernstige hypertensie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierfalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ernstige astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Recent uitgevoerde operatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Migraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bent u zwanger of heeft u een zwangerschapswens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gebruikt u momenteel medicatie voor het hart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft u één van de vragen van vraag 2 met Ja beantwoord? Neem dan contact op met uw WHM-practitioner, voordat u gaat deelnemen.

3. Ben je allergisch voor een bepaalde stof? (voedsel/omgeving enz.) Ja Nee
Zo ja, geef aan:
4. **Is er nog iets anders dat uw WHM-practitioner moet weten?** Ja Nee
Zo ja, geef aan:
5. **Hierbij verklaar ik dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.** Ja Nee

Datum://

Handtekening Deelnemer: