**Intake en toestemmingsverklaring BioPulse Therapy**

Naam: ……………………………………………………………………………………………….…………….

Adres: ……………………………………………………………………..…………………………..………....

Postcode: …………………………………………………………………………………………………..……..….

Woonplaats: ……………………….………………………………………………………………………….…..…….

Geboorte datum ……………………………………………………………………………………………………..……

Email adres: ………………………………………………………………………………………………………………

Telefoon: ………………………………………………………………………………………………………………

**De BioPulse Therapy heeft de volgende contra-indicaties:**

- overgevoeligheid voor de ingrediënten

- zwangerschap of lactatie

- medicatie bij kanker

- Botox / Fillers (14 dagen wachten)

**Toestemmingsverklaring**

Ik ben op de hoogte van de aard, doel en de te verwachten resultaten van de voorgenomen

behandeling. Ik ben er op gewezen dat er voor en na de behandeling bepaalde richtlijnen

zijn om een optimaal resultaat te bereiken.

Ik heb de behandelaar op de hoogte gesteld van mijn ziekten, medicijngebruik en eventueel

overgevoeligheden.

Ik heb bovenstaande informatie plus de verklaring alsmede het klantadvies mondeling

ontvangen en begrepen en ga hiermee akkoord. Ik wil de BioPulse Therapy behandeling uit vrije

wil ondergaan en neem hiervoor mijn eigen verantwoordelijkheid.

Datum…../…../…… Handtekening…………………………………….