



## Gezondheidsverklaring Fundamentals Workshop Wim Hof Methode

Naam: ..... M/V

Geboortedatum : ..... / ..... / .....

Adres : .....

Postcode : ..... Plaats : .....

GSM: ..... E-mail: .....

### Vragen met betrekking algemene gezondheid

|   | JA                       | NEE                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bent u momenteel gezond?<br>.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lijdt u of heeft u geleden aan één van volgende aandoeningen?                        |                          |                          |
| • Hartritmestoornissen of andere hartklachten?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ernstig verhoogde bloeddruk?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierfalen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ernstig Astma?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Recent doorgemaakte operatie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Actieve huidaandoening?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Migraine?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Angststoornis of mentale aandoening?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Syndroom van Raynaud?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kanker, zo ja van welk orgaan?<br>.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Auto-immuunziekten (oa Reuma, MS, Crohn, suikerziekte, Astma). ZO ja, welke?<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andere aandoeningen?<br>.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Gebruikt u momenteel medicatie? Zo ja, welke?<br>.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Bent u allergisch voor een bepaalde stof (voedingsstof, omgeving)?<br>.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bent u momenteel onder behandeling van een huisarts of specialist?<br>.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bent u momenteel (mogelijk) zwanger?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is er nog iets anders dat de WHM instructeur zou moeten weten?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ik verklaar hierbij deze verklaring naar waarheid te hebben ingevuld.                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Je mag mij mailen voor andere van mijn workshops (weekends, retreats)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum: ..... / ..... / .....

Handtekening deelnemer