

Quantum-Touch 20 uur behandel formulier

Naam _____ d.d. _____

S.v.p. met een cijfer aangeven wat de pijn indicatie is voor en na behandeling en na 3 dagen 1= nauwelijks waarneembaar 10= heel erg pijnlijk

NR	DATUM	NAAM	DOEL BEHANDELING	VOOR	NA	NA 3 DAGEN	DUUR SESSIE	TOTAAL UREN
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Belangrijk: Alle behandelingen op personen, niet op dieren en planten. De Workshops gelden voor deze thuisbehandelingen niet mee.