

Quantum-Touch[®] *energiagyógyászat*

Kezelés Előtti Felmérés

Név: _____

Telefonszám: _____

Cím: _____

Mikor volt utoljára orvosnál vagy egyéb kezelést végző személynél?

Honnan szerzett tudomást a **Quantum-Touch**-ról?

Mi az ami Ön számára a legsürgősebb segítséget igényel a mai napon és milyen súlyos az állapot?

Kérem sorolja fel a problémáit és karikázza be azt a számot, ami leginkább leírja a kondíció intenzitását 0 és 10 között, ahol 0: alig észrevehető és 10: nagyon fájdalmas

1)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Van valami, amit még szeretne megosztani a kezelés előtt?