**Kambo intakeformulier**

Naam:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Geslacht:

Leeftijd:

Heb je al eerder een Kambo sessie gedaan?

* Eerste keer
* 1 – 3
* 4+

Ben je allergisch voor latex?

* Nee
* Ja

***​Inentingen, (Plant) medicijnen, (party) drugs en andere (vitamine) supplementen kunnen een farmacologische interactie geven met Kambo. Laat mij daarom exact weten wat je de afgelopen drie maanden hebt gebruikt.***

Welke vaccinaties, drugs, medicijnen, vitamines, kruiden of andere supplementen heb je de afgelopen drie maanden gebruikt?

* Niets
* De volgende:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Hoeveel glazen alcohol gebruikte je de afgelopen zes maanden?

* 2 glazen per week
* 2 per dag
* meer

***De waterhuishouding tijdens een Kambo sessie is van essentieel belang, te veel water kan gevaarlijk zijn, daarom is alles wat daarop van invloed is, zoals sauna, intensief sporten, watervasten, etc. belangrijk om even met mij te overleggen.***

Is er nog informatie die je wilt delen?

* Nee
* Ja:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Lees onderstaande contra-indicaties goed door​, want Kambo is NIET geschikt voor:***

* Mensen met ernstige hartproblemen
* Mensen die een beroerte hebben gehad
* Mensen die medicijnen gebruiken voor lage bloeddruk
* Mensen die een hersenbloeding hebben gehad
* Mensen met aneurysma of bloedstolsels
* Mensen die 4 tot 6 weken geleden chemotherapie of radiotherapie hebben ondergaan
* Mensen met auto-immuunziekten of de ziekte van Addison
* Mensen die een orgaantransplantatie gehad hebben
* Mensen met een zweer in de slokdarm, een ontsteking van de slokdarm (oesofagitis), een zogenaamde Barrett slokdarm of slokdarmkanker. Risico op het Boerhaave-syndroom: een scheur in de slokdarm die kan ontstaan door heftig braken.
* Vrouwen die zwanger of misschien zwanger zijn
* Vrouwen die een spiraaltje als voorbehoedsmiddel gebruiken (Kambo ziet dit als een “vreemde stof” in het lichaam en probeert dat af te drijven)
* Vrouwen die borstvoeding geven aan een kind jonger dan 6 maanden oud
* Mensen met het Ehlers-Danlos syndroom (of andere bindweefselafwijkingen)
* Mensen met ernstige epilepsie
* Mensen die herstellende zijn van een grote chirurgische ingreep
* Mensen onder de 18 jaar

Heb je fysieke behandelingen, aandoeningen en/of operaties (gehad)

* Nee
* Ja, de volgende:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Heb je psychologische aandoeningen of fobieën (gehad)?

* Nee
* Ja, de volgende:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Hierbij bevestig ik dat:

* Ik begrijp dat een IAKP-beoefenaar geen medische arts is en dat de sessie die ik hier krijg geen vervanging is voor een medische of psychologische diagnose of behandeling door een gekwalificeerde arts.
* Ik ben me bewust van de risico's die verband houden met Kambo. Ik heb geen contra-indicaties en ik heb ik me gehouden aan de dieet voorschriften.
* Ik ontsla de IAKP- beoefenaar van alle aansprakelijkheid die voortvloeien uit deze behandeling en ik aanvaard de volledige verantwoordelijkheid voor alle risico's met betrekking tot deze behandeling.
* Dat alle door mij verstrekte informatie waar en nauwkeurig zijn.
* Ik meerderjarig ben en ik de inhoud van dit document volledig begrijp.

Datum:

Handtekening:

Naam IAKP-practitioner: ……………………………………………………………………