

Datum:  
Naam Cliënt:

Lichamelijke/mentale klachten:	
<b>Medicatie gebruik regulier/ voorgeschreven door</b>	
<b>Medicijn/merk</b>	<b>Werking, hoe vaak en welke hoeveelheid:</b>
<b>Medicatie/merk alternatief:</b>	<b>Voorgeschreven door/ Eigen keuze gebruik/ Werking, hoe vaak en welke hoeveelheid:</b>

**In te vullen door therapeut:**

<b>TONG</b>	<b>Kleur</b>	<b>Beslag</b>	<b>Vochtigheid</b>	<i>Cracks</i>
<i>Venen/blauw</i>	Bleek/ normaal	Dik/dun/ gepeld	Droog	<i>Tandindruk</i>
<i>Zonk</i>	Rood /purper	Geel/wit	nat	<i>Boorden</i>

**POLS: LINKS**

**POLS: RECHTS**

Links/Hart/PC	LR/GB	Yinnier/Blaas	X	R: Lu	MI/Ma	Yangnier/darmen
Midden			X	midden		
diep			X	diep		