

KARTA ZABIEGÓW

FALA ELEKTROMAGNETYCZNA EMSHOT

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

DATA URODZENIA: _____

TELEFON/E-MAIL: _____

Niniejsza ankieta dotyczy kwestii związanych z Państwa zdrowiem. Ma na celu uzyskanie informacji, które pozwala na **bezpieczne przeprowadzenie zabiegów z wykorzystaniem urządzenia EMSHOT w naszym gabinecie**. Dokument jest poufny. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zaznaczając odpowiednie pola.

1. Część ogólna:

	TAK	NIE	OPIS
1. Cięża, karmienie piersią			
2. Choroby nowotworowe			
3. Choroby psychiczne			
4. Metalowe implanty w okolicy zabiegowej/w ciele			
5. Miedziana wkładka domaciczna (przy treningu pośladków)			
7. Rozrusznik serca			
8. Niewydolność płuc			
9. Choroby serca/niewydolność serca			

10. Choroby naczyń mózgowych/przebyty udar/wszelkie uszkodzenia/operacje			
11. Wszczepialne urządzenia medyczne			

2. Inne schorzenia/przeciwwskazania

	TAK	NIE
Inne:		

3. Czy znane są Pani/Panu inne okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla przebiegu zabiegów z wykorzystaniem fali elektromagnetycznej EMSHOT ?

.....

Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rejestracji w bazie danych klientów , zgodnie z wymogami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych o stanie zdrowia (Dz. U. 1997 nr 133, poz 883 z późn. zm.). W przypadku podania adresu e-mail w niniejszej ankiecie wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów informacyjnych, handlowych i reklamowych drogą elektroniczną zgodnie z Ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 26.08.2002 roku (Dz. U. 2002 nr 144, poz. 1204). Przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich zmiany lub usunięcia.

Data

Czytelny podpis klienta

Czytelny podpis pracownika

.....

.....

.....

**Oświadczenie zgody na zabieg falą elektromagnetyczną EMSHOT
(do zapoznania się i podpisania przed każdym zabiegiem)**

Poinformowano mnie o przeciwwskazaniach do wykonania zabiegów z użyciem urządzenia EMSHOT.

Przeciwwskazania stanowią:

Oświadczam, że dane dotyczące mojego zdrowia, zażywania leków oraz wszelkie informacje podane w niniejszej ankiecie na stronie 1/2 – Karta Klienta są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym.

Ilość zabiegów potrzebnych do uzyskania oczekiwanych efektów jest zależna od wielu czynników oraz indywidualnych predyspozycji poszczególnych osób oraz jest trudna do precyzyjnego określenia.

Przeprowadzono konsultację z pracownikiem, w trakcie której zostały mi udzielone wyczerpujące informacje dotyczące wykonywanych zabiegów. W trakcie konsultacji miałam/em możliwość zadawania pytań i na wszystkie otrzymałam/em zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

Potwierdzam, że przeczytałam/em i rozumiałam/em powyższe zalecenia i przeciwwskazania do zabiegów. Potwierdzam, że otrzymałam/em ustne wskazania dotyczące właściwego postępowania przed zabiegiem i po zabiegu. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwych czynnikach ryzyka związanych z zabiegami EMSHOT.

.....

.....

.....

[illegible]