

KARTA PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ I WYWIADU MEDYCZNEGO

Gabinet Medyczny MED-ZDROWIE w Gdyni

Imię i nazwisko Pacjenta:

Data urodzenia / PESEL:

Numer telefonu:

I. CZĘŚĆ MEDYCZNA: Wywiad i wykluczenie przeciwwskazań

(Proszę zaznaczyć właściwe pole: TAK lub NIE)

1. Czy występuje u Państwa aktualnie ostra infekcja, gorączka lub stan zapalny? [] TAK [] NIE
2. Czy chorują Państwo na choroby nowotworowe? (jeśli tak, wymagana zgoda lekarza) [] TAK [] NIE
3. Czy występują u Państwa niezagojone rany, złamania, świeże skręcenia stawów? [] TAK [] NIE
4. Czy stwierdzono u Państwa ostrą zakrzepicę żył głębokich lub tętniaki? [] TAK [] NIE
5. Czy ciśnienie tętnicze krwi jest aktualnie uregulowane? [] TAK [] NIE
6. Czy występują inne istotne dolegliwości przewlekłe? (wpisać jakie):
.....

II. CZĘŚĆ PRAWNO-PODATKOWA: Oświadczenia Pacjenta

1. Cel zabiegu (Profilaktyka i Regeneracja):

Oświadczam, że zgłaszam się do gabinetu MED-ZDROWIE dobrowolnie, a głównym celem zamawianej usługi jest **profilaktyka zdrowotna, regeneracja powysiłkowa, zmniejszenie napięcia mięśniowego spowodowanego pozycją siedzącą/pracą oraz ogólna poprawa ruchomości aparatu ruchu**. Przyjmuję do wiadomości, że usługa ta ma charakter prozdrowotny i zapobiegawczy.

2. Świadomość braku skierowania medycznego:

Oświadczam, że na dzisiejszy zabieg **nie posiadam/em skierowania ani pisemnego zlecenia od lekarza**. Zostałam/em poinformowana/y przez technika masażystę, że masaż o ścisłym charakterze leczniczym (leczenie konkretnych jednostek chorobowych lub stanów pooperacyjnych) wymaga takiego zlecenia. W związku z tym świadomie decyduję się na procedurę o profilu **profilaktyczno-regeneracyjnym / masażu klasycznego prozdrowotnego**.

3. Prawdziwość danych i brak przeciwwskazań:

Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o stanie mojego zdrowia rzetelnie i zgodnie z prawdą. Nie zataiłam/em żadnych chorób ani dolegliwości, które mogłyby stanowić przeciwwskazanie do wykonania zabiegu manualnego.

4. Klauzula informacyjna (RODO):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych o stanie zdrowia przez firmę MED-ZDROWIE z siedzibą w Gdyni, wyłącznie w celu prowadzenia dokumentacji medycznej i prawidłowej realizacji usług, zgodnie z rozporządzeniem RODO.

Gdynia, dnia r.

.....

(czytelny podpis Pacjenta)