

FORMULARZ PRZED KONSULTACJĄ AJURWEDYJSKĄ

Centrum Masażu i Terapii Ajurwedyjskich sp. z o.o.

Dane

Imię i nazwisko: _____ Data konsultacji: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Powód konsultacji

Co jest obecnie dla Ciebie najważniejsze? Jakich zmian lub wsparcia oczekujesz?

Informacje o zdrowiu i aktualnym funkcjonowaniu

Wypełnij tylko te informacje, które są istotne dla konsultacji.

Czy pozostajesz obecnie pod opieką lekarza w związku z dolegliwościami, o których chcesz rozmawiać? ☐ tak ☐ nie

Rozpoznane choroby / istotne problemy zdrowotne:

Aktualnie przyjmowane leki:

Suplementy, preparaty ziołowe lub inne regularnie stosowane produkty:

Ciąża / karmienie piersią: ☐ nie ☐ tak ☐ nie dotyczy

Alergie / nadwrażliwości istotne dla konsultacji:

Najważniejsze obszary

Krótko opisz to, co uważasz za istotne. Nie musisz wypełniać wszystkich pól.

Trawienie / apetyt / wypróżnienia:

Sen / regeneracja / energia w ciągu dnia:

Cykl menstruacyjny / okres okołomenopauzalny (jeśli dotyczy):

Stres / przeciążenie / rytm dnia / aktywność:

Oświadczenia dotyczące charakteru konsultacji

☐ Rozumiem, że konsultacja ajurwedyjska ma charakter edukacyjny i prozdrowotny oraz jest oparta na wiedzy i pojęciach należących do tradycyjnego systemu ajurwedyjskiego.

☐ Rozumiem, że konsultacja nie stanowi świadczenia zdrowotnego, diagnozy medycznej, leczenia, psychoterapii ani dietoterapii klinicznej i nie zastępuje konsultacji z lekarzem lub innym właściwym specjalistą.

☐ Rozumiem, że przekazywane podczas konsultacji rekomendacje ajurwedyjskie nie są zaleceniami dotyczącymi rozpoczęcia, przerwania ani zmiany farmakoterapii.

☐ Zobowiązuję się poinformować o istotnych lekach, suplementach, preparatach ziołowych oraz innych okolicznościach mogących mieć znaczenie dla bezpieczeństwa rekomendacji.

Zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia

☐ Wyrażam wyraźną zgodę na przetwarzanie przez Centrum Masażu i Terapii Ajurwedyjskich sp. z o.o., ul. Słoneczna 42A, 38-610 Wołkowyja, NIP 9571148700, przekazanych przeze mnie danych dotyczących zdrowia w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia konsultacji ajurwedyjskiej, przygotowania rekomendacji oraz zapewnienia bezpieczeństwa świadczonej usługi.

Wiem, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem. Jeżeli bez określonych informacji dotyczących zdrowia nie będzie możliwe bezpieczne lub rzetelne przeprowadzenie konsultacji, Usługodawca może odmówić wykonania usługi albo ograniczyć jej zakres.

Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych znajdują się w Polityce prywatności: ewaszydłowska.pl/polityka-prywatnosci/.

Data: _____ Podpis klientki / klienta: _____