

Ankieta dla Pacjenta - Natural Vitality Clinic

Dziękujemy za wybór Natural Vitality Clinic. Prosimy o rzetelne wypełnienie poniższej ankiety przed swoją pierwszą wizytą. Twoje odpowiedzi pomogą nam zrozumieć Twój holistyczny stan zdrowia, przyczynę problemu oraz dostosować nasze podejście do Twoich indywidualnych potrzeb.

Imię i nazwisko:	Data wypełnienia ankiety:
Wiek:	Waga:
Data urodzenia:	Wzrost:
Numer telefonu:	Miejscowość zamieszkania:
Adres e-mail:	Wykonywany zawód:

**Zakreśl kołem lub znakiem X właściwą odpowiedź po prawej strony każdego z pytań.
Proszę uzupełnić wszystkie pola!**

PYTANIE	Skala ważności		
	TAK	NIE	Nie wiem
Jakie odczuwasz problemy zdrowotne lub jakie są postawione diagnozy? Opisz je krótko i wymień jak najwięcej objawów – to ważne (możesz napisać historię choroby i wszystkie występujące dolegliwości).			
Czy odczuwalne dolegliwości są bardzo intensywne?	TAK	NIE	Nie wiem
Czy kiedykolwiek wcześniej organizm był odrobaczany w kierunku pasożytów, grzybów, bakterii, wirusów. Jeśli tak, napisz kiedy ostatni raz i czym:	TAK	NIE	Nie wiem
Czy kiedykolwiek wcześniej był przeprowadzany detoks organizmu z metali ciężki, toksyn, zakwaszenia organizmu. Jeśli tak napisz kiedy ostatni raz i czym:	TAK	NIE	Nie wiem
Czy były wcześniej jakieś dolegliwości przed wystąpieniem aktualnego problemu nawet w dzieciństwie? Np. kolka jelitowa, problemy skórne, astma, alergie, nadaktywność, problemy z nauką i koncentracją, drgawki, infekcje: ucho, trzeci migdał, usunięcie migdałków, trzeciego migdałka, zapalenie oskrzeli, płuc, dróg moczowych, częste przeziębienia, biegunki, zaparcia pasożyty, moczenie nocne, stosowanie antybiotyków, innych leków: Jeśli tak, opisz je krótko poniżej:	TAK	NIE	Nie wiem
Czy są lub były jakieś przewlekłe choroby w rodzinie?	TAK	NIE	Nie wiem
Czy odczuwasz stres lub napięcie?	TAK	NIE	Nie wiem
Czy były jakieś traumy, trudne chwile w życiu np. rozwód, utrata bliskiej osoby, zmiana pracy, inne. Jeśli tak, opisz je krótko poniżej: (jakie, z czym związane i kiedy).	TAK	NIE	Nie wiem

Czy przeprowadzałeś ostatnio jakieś badania ? Jeśli tak Jeśli tak, opisz je krótko poniżej: z jakiego powodu, jakie były odchylenia od normy.		TAK	NIE	Nie wiem
Czy miałeś operacje lub pobyty w szpitalu? Jeśli tak, napisz poniżej kiedy i dlaczego.		TAK	NIE	Nie wiem
Napisz obok ile dziennie spożywasz posiłków. Napisz obok jakie odstępy minutowe robisz pomiędzy posiłkami (kawa i herbata potraktuj również jako posiłek). Podaj poniżej przykład najczęściej spożywanych posiłków na śniadanie, obiad i kolację.				
SNIADANIE:	Ile posiłków:	Ile minut:		
OBIAD:				
KOLACJA				
Czy masz jakieś alergie lub nietolerancje pokarmowe? Jeśli tak, opisz je krótko poniżej:		TAK	NIE	Nie wiem
Czy często miewasz napady głodu na: szybkie, słodkie, mączne, kaloryczne, tłuste, smażone posiłki? (np. pizza, pierogi, naleśniki, makarony, ziemniaki, pieczywo)		TAK	NIE	Nie wiem
Czy jadasz słodycze?		TAK	NIE	Nie wiem
Czy jadasz w pośpiechu lub połykasz niepogryziony dokładnie pokarm ?		TAK	NIE	Nie wiem
Czy występuje senność po posiłku?		TAK	NIE	Nie wiem
Czy stosujesz obecnie jakąś dietę? Jeśli tak to jaką:		TAK	NIE	Nie wiem
Czy palisz papierosy lub pijesz alkohol? Jeśli tak napisz co i w jakiej ilości:		TAK	NIE	Nie wiem
Jeśli kiedykolwiek byłeś zagranicą napisz gdzie/jaki kraj i mniej więcej kiedy to było:		TAK	NIE	Nie wiem
Czy było ostatnio jakieś narażenia na pestycydy, metale, związki chemiczne np. amalgamaty, tuńczyk, pleśnie?		TAK	NIE	Nie wiem
Czy uprawiasz jakieś sporty lub czy masz ruch w ciągu dnia?		TAK	NIE	Nie wiem
Czy masz problemy ze snem? Napisz godzin śpisz: _____ godzin		TAK	NIE	Nie wiem
Czy wybudzasz się w nocy? Jeśli tak, napisz o której godzinie: _____		TAK	NIE	Nie wiem
Czy przyjmujesz aktualnie jakieś leki? Jeśli tak, napisz jakie i na co są przepisane (jakie mają działanie)		TAK	NIE	Nie wiem
Czy przyjmujesz aktualnie jakieś suplementy diety? Jeśli tak, napisz jakie i na co.		TAK	NIE	Nie wiem
Czy pijesz wodę w ciągu dnia? Napisz ile mililitrów / szklanek: _____		TAK	NIE	Nie wiem

Czy masz zwierzęta? Jeśli tak napisz obok jakie: _____	TAK	NIE	Nie wiem
Czy przyjąłeś szczepionkę na COVID-19?	TAK	NIE	Nie wiem
Czy stosujesz lub stosowałeś dotąd metody terapii niekonwencjonalnej (badanie żywej kropli krwi, biorezonans itd.) ? Jeśli tak, napisz kiedy co i jaki był skutek terapii.	TAK	NIE	Nie wiem
Czy masz problem z zębami, plomby amalgamatowe, leczenie kanałowe? Jeśli tak, napisz jakie:	TAK	NIE	Nie wiem
Czy masz problem z żołądkiem? Jeśli tak napisz jaki:	TAK	NIE	Nie wiem
Czy masz problem z jelitami? Jeśli tak, napisz jaki:	TAK	NIE	Nie wiem
Jak często się wypróżniasz: _____			
Jak wygląda wypróżnienie - podkreśl właściwą odpowiedź: zatwardzenie / rozwolnienie / norma			
Czy masz problem z wątrobą? Jeśli tak, napisz jaki:	TAK	NIE	Nie wiem
Czy masz problem ze stawami, mięśniami, kośćcami? Jeśli tak, napisz jaki:	TAK	NIE	Nie wiem
Czy masz problem z trzustką, pęcherzykiem żółciowym? Jeśli tak, napisz jaki?	TAK	NIE	Nie wiem
Czy masz problem z tarczycą? Jeśli tak, napisz jaki:	TAK	NIE	Nie wiem

Adnotacje prawne:

Wyrażając zgodę na przetwarzanie danych osobowych, potwierdzam, że dane podane przeze mnie są rzetelne i prawdziwe. Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) przez Natural Vitality Clinic Sp. z o.o. w celu wykonania usług związanych z poprawą zdrowia i kondycji fizycznej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Natural Vitality Clinic Sp. z o.o., danych wrażliwych dotyczących stanu mojego zdrowia, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz.922) powstałych w wyniku przeprowadzonej w konsultacji, diagnostyki, analizy stanu organizmu w celu wykonania usługi przez Natural Vitality Clinic Sp. z o.o.

Wyrażenie zgód jest dobrowolne jednak niezbędne to realizacji usług.

Dane będą przechowywane przez okres 12 miesięcy licząc od dnia ostatniej wizyty lub przez okres wymagany przepisami prawa.

Pacjent ma prawo do poprawiania, usuwania i ograniczania przetwarzania swoich danych osobowych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podpis Pacjenta lub Opiekuna Prawnego: _____ **Data:** _____

**Oświadczenia, RODO,
formularz zgody na wykonanie diagnostyki biorezonansowej EAV/EDT/WRT
i terapii BRT/ION DETOX**

Dziękujemy za wybór Natural Vitality Clinic. Prosimy o rzetelne wypełnienie poniższej ankiety przed swoją pierwszą wizytą. Twoje odpowiedzi pomogą nam zrozumieć Twój holistyczny stan zdrowia, przyczynę problemu oraz dostosować nasze podejście do Twoich indywidualnych potrzeb.

Imię i nazwisko:	Data wypełnienia formularza:
Skąd się o nas dowiedziałeś(aś):	

1. Przeciwwskazania do stosowania terapii BRT/ION DETOX:

- a) Cięża,
- b) Proces nowotworowy,
- c) Padaczka / drgawki,
- d) Rozrusznik serca lub inne urządzenie nerwostymulacyjne,
- e) Płyty, śruby i inne elementy metalowe w organizmie (poza implantami stomatologicznymi),
- f) Stany świeże po urazach i udarach,
- g) Wielokrotne udary i wylewy,
- h) Menstruacja,
- i) Pompa insulinowa na stałe,
- j) Stan upojenia alkoholowego lub narkotycznego,
- k) Choroby psychiczne,
- l) Ostra choroba wieńcowa i zawał serca,
- m) Żaden z w/w przypadków mnie nie dotyczy.

2. Przyjmowane leki na receptę i bez recepty (proszę wymienić jakie i na co):

.....
.....

3. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność (jeśli tak to jakie i z jakiej przyczyny):

.....

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 26.08.2022r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. nr 144, poz. 1204). Oferowane w Natural Vitality Clinic Sp. z o.o. produkty, zabiegi, terapie oraz diagnostyka nie stanowią produktów ani zabiegów medycznych, ani też diagnozy medycznej – są to usługi i produkty komplementarne (holistyczne). Ich celem jest profilaktyka oraz wspieranie organizmu w powrocie do zdrowia i nie jest to leczenie w rozumieniu medycyny akademickiej oraz nie są też podstawą do stawiania diagnozy i podejmowania leczenia, które zawsze należy skonsultować z lekarzem medycyny.

Ja niżej podpisany(a), wyrażam zgodę na przeprowadzenie diagnostyki i terapii biorezonansowej BRT/WRT oraz ION DETOX w Natural Vitality Clinic oraz oświadczam, że zostałem poinformowany o przeciwwskazaniach do stosowania terapii i mój stan zdrowia pozwala na skorzystanie z usług Natural Vitality Clinic. Jestem świadomy, że powyższe przeciwwskazania uniemożliwiają realizację lub kontynuację usług i personel ma prawo odmówić ich realizacji.

Adnotacje prawne:

Ja niżej podpisany(a) zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia tzw. RODO oraz zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781) wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych, przez Natural Vitality Clinic sp. z o.o. w celu wykonania usług związanych z poprawą zdrowia i kondycji fizycznej. Potwierdzam, że dane podane przeze mnie są rzetelne i prawdziwe.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w

wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunkach możliwości jej rozliczalności. Zostałem(am) również poinformowany(a) o tym, że dane zbierane są i przetwarzane przez Natural Vitality Clinic Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie, ul. Radzikowskiego 100J/45 (Administrator danych osobowych), o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Natural Vitality Clinic Sp. z o.o., danych wrażliwych dotyczących stanu mojego zdrowia, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. poz.922) powstałych w wyniku przeprowadzonej w konsultacji, diagnostyki, analizy stanu organizmu w celu wykonania usługi przez Natural Vitality Clinic Sp. z o.o.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne jednak niezbędne do realizacji usług.

Dane będą przechowywane przez okres 12 miesięcy licząc od dnia ostatniej wizyty lub przez okres wymagany przepisami prawa.

Pacjent ma prawo do poprawiania, usuwania i ograniczania przetwarzania swoich danych osobowych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Informujemy, że w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia oraz kontroli jakości świadczonych usług, w pomieszczeniach Kliniki prowadzony jest monitoring wizyjny. Obraz z monitoringu jest zapisywany i przechowywany przez okres 30 dni. Dostęp do zapisów mają wyłącznie upoważnione osoby. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do nagrań, na których została Pani/Pan zarejestrowana.

Podpis Pacjenta lub Opiekuna Prawnego: _____ **Data:** _____