

Adatlap / Anamnézis

NÉV: Leánykori:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Telefon:

E-mail:

Szenved-e Ön:

Cukorbetegségben.....igen – nem

Epilepsziábanigen – nem

Asztmábanigen – nem

Pszichiátriai betegségbenigen – nem

Immunhiányos betegségben (HIV pozitív).....igen – nem

Szív- és érrendszeri betegségbenigen – nem

Van-e szívritmus szabályzója?.....igen – nem

Magas vérnyomásban.....igen – nem

Alacsony vérnyomásban.....igen – nem

Hajlamos ájulásra?igen – nem

Mozgásszervi betegségben.....igen – nem

Bőrgyógyászati betegségbenigen – nem

Vérzékenységbenigen – nem

Fémallergiaigen – nem

Egyéb betegségben.....igen – nem

Szed-e rendszeresen gyógyszert?.....igen – nem

Hölgyeknél: Terhes-e?.....igen – nem

A kineziológus informált a kineziológiai kezelés módszereiről, lehetőségeiről. Azokat megértettem.

Tudomásom van róla, hogy a kineziológia nem diagnosztizál, a betegségek kezelésében kiegészítő terápiaként alkalmazható, nem helyettesíti az orvosi kezelést.

Az előírt gyógyszeres kezelést minden esetben az orvos utasításai szerint folytatom ill. hagyom abba.

Tájékoztatást kaptam a kineziológus titoktartási kötelezettségéről.

Tudomásul vettem, hogy a 11/1997.(V.28) NM rendeletben meghatározott személyes adatok, ill.

ezen felül, a telefonszámom és e-mail címem került rögzítésre, kizárólag kapcsolattartás céljából.

Ehhez hozzájárultam.

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Az időközben bekövetkező változásokról a kineziológust értesítem.

A fentieket figyelembe véve a kezelésbe beleegyezem.

Dátum:

.....
aláírás

.....
kiskorú esetén: szülő
elvált szülők esetén: felügyeleti jogot
gyakorló szülő