

# Adatlap / Anamnézis

NÉV: ..... Leánykori: .....

Születési hely, idő: .....

Anyja neve: .....

Lakcím: .....

Telefon: .....

E-mail: .....

Szenved-e Ön:

Cukorbetegségben.....igen – nem

Epilepsziában .....igen – nem

Asztmában .....igen – nem

Pszichiátriai betegségben .....igen – nem

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

Szív- és érrendszeri betegségben .....igen – nem

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

Magas vérnyomásban.....igen – nem

Alacsony vérnyomásban.....igen – nem

Hajlamos ájulásra? .....igen – nem

Mozgásszervi betegségben.....igen – nem

Bőrgyógyászati betegségben .....igen – nem

Vérzékenységben .....igen – nem

Fémallergia .....igen – 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.

A nyilatkozom arról, hogy teljes cselekvőképességgel rendelkezem, és nem állok cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt.

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