



STABILITY
EGÉSZSÉGKÖZPONT

ADATLAP - Fülakupunktúra

Név:	
Születési név:	
Születés helye:	Időpontja:
Lakcím:	
Telefonszám:	E-mail cím:
Foglalkozás	

Korábbi sérülések, betegségek, sebészeti beavatkozások: _____

Rendszeres fizikai aktivitás, sport: _____ Rendszeresség: ____/hét

Állandó gyógyszerek: _____

terhesség (jelenleg):	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem	HIV fertőzés	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem
vérzések betegségek (haemofília) vérszegénység	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem	hepatitis	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem
tumoros megbetegedés (jelenleg vagy korábban)	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem	túlzott éhezés utáni gyengeség	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem
akut gyulladás (jelenleg)	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem	fém implantátum, pacemaker:	<input type="radio"/> Igen <input type="radio"/> Nem

akut migrén (jelenleg)	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem	epilepszia:	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem
láz, fertőző betegség (jelenleg)	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem	éhgymor	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem
szívinfarktus (korábban)	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem	kimerültség	<input type="radio"/> igen <input type="radio"/> nem

Honnan hallott rólunk? internet facebook ismerőstől hirdetés

Általános érvényű információk a kezelésekkal kapcsolatban: A fülakupunktúrás kezelés mellékhatásmentes. A kezelés során használt gépek (MeriDim, HBS), segédeszközök gyártója, forgalmazó cége, a rendelő vagy az ott dolgozó egészségügyi szakdolgozók nem vállalnak garanciát arra, hogy a kezelésekre hatására a tünetek javulnak és/vagy a betegségből kigyógyul a páciens. Nem vállalnak továbbá felelősséget a kezelés hatástalansága, illetve az esetleges állapotromlás esetén sem.

Kérjük, legyen kedves pontosan megjelenni a kezeléseken! Az esetleges késésekkel az Ön kezelési ideje rövidül. Amennyiben a megbeszélt időpontban nem jelenik meg, illetve az 24 órával a kezelést megelőzően nem mondja le, a kezelés árának a felét felszámítjuk.

Felhívjuk figyelmét, hogy egészségközpontunk nem áll szerződésben egészségpénztárakkal.

Aláírásával hozzájárul személyes adatainak a stability.hu internetes oldalon megtalálható adatkezelési tájékoztatóban szereplő feltételek szerinti kezeléshez, valamint tanúsítja, hogy a tájékoztatóban leírtakat elolvasta, azokat tudomásul vette, és az Ön által kezelt adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum: _____

Aláírás _____