

NR DATA

DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO WIEK TELEFON

E-MAIL

ADRES

PRZECIWWSKAZANIA do tlenoterapii hiperbarycznej:

zapalenie zatok obocznych nosa	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	odma płuc w wywiadzie	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
ostre schorzenia uszu	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	rozrusznik serca	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
drgawki w wywiadzie	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	leczenie cis-platyną	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
cięża	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	zapalenie nerwu wzrokowego	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
wysoka temperatura	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	choroby płuc z retencją dwutlenku węgla	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
wrodzona sferocytoza	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	różnego rodzaju krwotoki	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE
zabiegi operacyjne w obrębie klatki piersiowej i układu oddechowego	<input type="checkbox"/>	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE					

SCHORZENIA (podkreślić właściwe schorzenie lub dopisać niewymienione):	UWAGI
Układ kostno-stawowy: zwyrodnienia stawów, zapalenie stawów, reumatyzm, wysunięcie się dysku, bóle stawów, bóle lędźwiowe, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, osteoporoza,	
Układ nerwowy: depresja, rwa kulszowa, nerwowość, Parkinson, zaburzenia snu, senność, zmęczenie, negatywne działanie stresu, zaburzenie widzenia, problem z koncentracją,	
Układ moczowo-płciowy: spadek libido, bóle miesiączkowe, kamienie nerkowe, prostata,	
Układ krążenia: serce, nadciśnienie tętnicze, arytmia, zaburzenia krążenia, żylaki, hemoroidy, choroba wieńcowa,	
Układ hormonalny: tarczyca, obrzęki, polipy, duszności,	
Układ pokarmowy: problemy z trawieniem, wzdęcia, zaparcia, cukrzyca, nadwaga, kamienie żółciowe, bóle brzucha, jelita, nerki, wątroba,	
Układ mięśniowy: odleżyny, bóle mięśniowe, bóle pleców (napięcia mięśniowe), napięcia karku,	
Bóle głowy, obrzęk limfatyczny, cellulit, inne,	

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę „TLENOTERAPIA RADOM”, Słowackiego 198, 26-600 Radom w celach niezbędnych do procesu rejestracji oraz identyfikacji administracyjnej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę „TLENOTERAPIA RADOM”, Słowackiego 198, 26-600 Radom w celach marketingowych oraz udostępnienie ich podmiotom współpracującym z firmą „TLENOTERAPIA RADOM”, Słowackiego 198, 26-600 Radom.
- Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie zgody na przetwarzanie moich danych jest zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz że podanie przeze mnie danych oraz informacji wrażliwych jest dobrowolne i przysługuje mi prawo wglądu do nich oraz ich poprawianie.
- Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia są zgodne z aktualnym stanem faktycznym oraz że zapoznałem/-am się z przeciwwskazaniami do tlenoterapii hiperbarycznej. W przypadku zatajenia bądź wprowadzenia w błąd poniosę wszelkie konsekwencje i nie będę dochodził/-a żadnych roszczeń.

Czytelny podpis