

KOMPRESSZIÓS MIKROVIBRÁCIÓS KEZELÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT/ EndoTight gép

Név:	Lakcím:
------	---------

A beleegyező nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a kompressziós mikrovibrációs kezelés megkezdése előtt teljeskörű szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptam – kapcsolódó tájékoztató anyagokat gondosan átolvastam - a kezelés céljáról, lényegéről, kockázatairól, lefolyásáról, azokról az okokról és körülményekről, melyek fennállása esetén a kezelés nem kezdhető/végezhető, illetve, hogy teljes biztonsággal nem lehet előre jelezni a kezelés eredményét. Tisztában vagyok vele, hogy a kezelés nem orvosi kezelés, illetve a tudomány mai állása szerint a kezelés eredményességéért, hatásaiért abszolút garanciát vállalni nem lehet. A kezelés igénybevételéért a felelősséget vállalom. Az igénybevétel szabad akaratomból, kényszermentesen történik.

Tájékoztatót kaptam arról, hogy a kompressziós mikrovibrációs kezelés egy speciális görgős masszírozó eljárás, mely során a kötőszövetet stimuláljuk és edzzük. A kezelés után enyhe bőrpír tapasztalható, mely később elmúlik. Bevérzések, ödéma csak ritkán, gyenge érfalak esetén fordulhat elő. Megértettem, hogy több (legalább 4-6) kezelésre van szükség a kívánt hatás elérése érdekében. Teljes biztonsággal nem lehet előre jelezni a kezelés eredményét. A kezelés eredménye nagyban függ az életmódtól, a meglévő zsírréteg vastagságától, az edzettségi szinttől, a genetikától. Az eredmények emiatt egyénenként változóak.

Kijelentem, hogy az egészségügyi alkalmassági teszten megadott adatok valósak és nincs olyan fennálló betegség, körülmény vagy egyéb egészségügyi információ, melyről a kezelőt nem tájékoztattam. Egészségi állapotom a kezelés igénybevételét megengedi. Tudomásul veszem, hogy a kezelés mellékhatásaként felléphet ödéma, bőrpír, véraláfutások, zúzódás nyomok.

Hozzájárulok, hogy fényképek készüljenek a kezelendő területről, a kezelés előtt és után, hogy dokumentálni lehessen a kezelés folyamatát. A képek készítése dokumentációs céllal mindenképpen szükséges és elengedhetetlen.

Hozzájárulok, hogy fényképek készüljenek a kezelendő területről, a kezelés előtt és után, hogy dokumentálni lehessen a kezelés folyamatát. A fényképek tudományos és marketing célú, anonim nyilvánosságra hozatalához földrajzi korlátozás nélkül hozzájárulok, amennyiben felismerhetetlen leszek a képeken és előzetesen ellenőrizhetem a képet:

- offline (fényképalbumban felhasználásához): Igen Nem
- online marketing formában (Online cikk /Honlap/ Közösségi média): Igen Nem

Tudomásom van arról és elfogadom, hogy jelen hozzájárulásomat írásban közölt nyilatkozattal bármikor visszavonhatom, azonban az csak a hozzájárulásom visszavonását követő időszakra vonatkozóan köti a Jogosultat. Visszavonó nyilatkozatomat a marketing@martfusp.hu email címen elektronikusan bármikor megtehetem. A kezelő GDPR szabályait megismertem.

Amennyiben a kezelés időszaka alatt bármiféle egészségügyi probléma merülne fel, haladéktalanul orvosi segítséget veszek igénybe és az egészségügyi személyzetet a kezelés igénybevételéről kifejezetten tájékoztatom, valamint a problémáról haladéktalanul tájékoztatom a számomra kezelést nyújtókat.

Kijelentem továbbá, hogy a fenti kezelés folyamatát részletesen elmagyarázták nekem és azt, valamint az alternatív eljárás lehetőségét, illetve a kockázatokat is megértettem, és minden kérdésemre választ kaptam.

Kijelentem, hogy jelen nyilatkozatomat polgári jogi és büntetőjogi felelősségem tudatában, cselekvőképességem teljes birtokában tettem meg. *Hozzájárulok a kezeléshez és a fent említett tételekhez.*

Kezelést igénybe vevő aláírása és nyomtatott neve	Konzultáló aláírása és nyomtatott neve

Helység, Dátum:	
-----------------	--

Tanúk:

Név	Név
-----	-----

Szül. hely, idő:	Szül. hely, idő:
Anyja neve:	Anyja neve:
Lakcím:	Lakcím:

Kompressziós mikrovibrációs kezelés alkalmassági teszt

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

Ellenjavallatok és kizáró tényezők:

- Tüdővérzés, tuberkolózis
- Fekély
- Terhesség, szoptatás
- Szívritmuszavar, magas vérnyomás
- Szívproblémák, akut szívelégtelenség
- Pacemaker
- Mélyvénás trombózis
- Súlyos cukorbetegség
- Visszér
- Daganatos megbetegedés
- Bőrsérülés, ekcéma, bőrbetegségek
- Lázás állapot, fertőző betegségek
- Vérzéssel járó betegségek
- Vértékenység
- Törések
- Leukémia
- Máj-, vagy veseelégtelenség
- Laparaszópos vagy nyílt műtét a kezelt területen az elmúlt 6 hónapban
- Epilepszia
- Autoimmun vagy szisztémás betegség

Alulírott polgári jogi és büntető jogi felelősségem tudatában és cselekvőképességem teljes birtokában kijelentem, hogy a fenti egészségügyi jellemzők és betegségek egyikével sem rendelkezem, illetve a felsorolt esztétikai beavatkozások közül egyiket sem végeztettem el a kezelendő területen.

Dátum, hely	Aláírás
-------------	---------

-----VAGY-----

Fent nevezett jellemzők egyikével vagy mással rendelkezem, melyek a következők:

Dátum, hely	Aláírás
-------------	---------

Konzultáns aláírása:

Tanúk

név: szül. hely; idő: anyja neve: lakcím:	név: szül,hely,idő: anyja neve: lakcím:
--	--

Kompressziós mikrovibrációs kezelés adatlap

Név:	Tel.:
Beleegyező nyilatkozat kitöltve:	Alkalmassági teszt kitöltve:
Kúra kombináció:	

Kezelés #1 Dátum:

Kezelés #2 Dátum:

Kezelt terület	Kezelt terület
Paraméter beállítások:	Paraméter beállítások:
Reakciók:	Reakciók:
Alkalmazott olaj/szérum:	Alkalmazott olaj/szérum:

Kezelés #3 Dátum:

Kezelés #4 Dátum:

Kezelt terület	Kezelt terület
Paraméter beállítások:	Paraméter beállítások:
Reakciók:	Reakciók:
Alkalmazott olaj/szérum:	Alkalmazott olaj/szérum:

Kezelés #5 Dátum:

Kezelés #6 Dátum:

Kezelt terület	Kezelt terület
Paraméter beállítások:	Paraméter beállítások:
Reakciók:	Reakciók:
Alkalmazott olaj/szérum:	Alkalmazott olaj/szérum: