

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT - HIEMT-INTIMPAD

NÉV:

LAKCÍM:.....

A beleegyző nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a HIEMT intimkezelés 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.

A HIEMT eljárás pulzáló elektromágneses hullám segítségével eléri az medenceizmok kontrakcióját és ezáltal hosszú távon regenerálja az izomzatot. Megértettem, hogy a HIEMT intimkezelésből több alkalom szükséges, egy kúra 3 hét alatt legalább 6 alkalmat (szükség esetén 4 hét alatt legalább 8 alkalmat) jelent. A kúra eredményei általánosan körülbelül 6 hónapig, maximum 1 évig tartanak. A kezelés mellékhatásai izomgyengeség, izomfáradtság, húzódás, izomláz lehetnek. Az eredmények egy része azonnal érezhető, de vannak, akik 3-4 hét elteltével veszik észre a változásokat. A kezelés eredménye nagyban függ az életmódtól, a genetikától. Az eredmények emiatt egyénenként változóak.

Kijelentem, hogy nem vagyok várandós, nem szoptatok, nincs epilezsiám, daganatos, krónikus vagy szisztémás betegsémem, szív- és érrendszeri, vagy keringési rendellenességem, nincsenek légzési problémáim, tüdővel kapcsolatos megbetegedésem, tüdőgyengeségem, nincs pacemakerem, vagy bármilyen más fémimplantátumom, nincs elektromos implantátumom, beépített neurostimulátor vagy bármilyen beépített idegen anyag, eszköz (implantátum, pacemaker stb.) nincs májbetegségem, veseelégtelenségem, izomsorvadásom, izombetegségem és nem vagyok éppen beteg, lázas. Egészségi állapotom a kezelés igénybevételét megengedi.

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@martfuspa.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:

Szül. hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Név:

Szül. hely, idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Intim HIEMT alkalmassági teszt

NÉV:..... LAKCÍM:.....

Ellenjavallatok és kizáró tényezők:

- Terhesség, szoptatás
- Szív- és érrendszeri betegség, keringési rendellenesség
- Trombózis, trombózisra való hajlam
- Daganatos, krónikus vagy rákos megbetegedés
- Beépített elektromos műszer (pl.: pacemaker, fémimplantátum, elektromos implantátum,
- neurostimulátor, pacemaker)
- Bőrbetegség a kezelendő területen
- Laparaszkoos vagy nyílt műtét a kezelt területen az elmúlt 6 hónapban
- Légzési problémák, tüdővel kapcsolatos megbetegedések, tüdőgyengeség
- Máj betegség
- Menstruáció
- Veseelégtelenség
- Autoimmun vagy szisztémás betegség
- Immunelégtelenség, immunszuppresszív gyógyszerek
- Aktuális fertőzés, megbetegedés, láz
- izomsorvadás, izombetegség
- Epilepszia

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:

NÉV:

TELEFON:

1. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint:

2. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint:

3. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint:

4. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint:

5. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint:

6. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint:

7. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint:

8. HIEMT kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Alkalmazott hullámforma:.....

Alkalmazott energiaszint: