

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

PressoSpa 3in1 Nyomásterápiás Hullámmassázs

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

A beleegyző nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a nyomásterápia 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.

Kijelentem, hogy a nyomásterápia alkalmassági tesztben felsorolt betegségek/állapotok közül egyikkel sem rendelkezem, így a nyomásterápiás kezelést teljes biztonsággal végezhetik rajtam.

Egészségi állapotom a kezelés igénybevételét megengedi.

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 az 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 nyomásterápia 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:

Nyomásterápia alkalmassági teszt

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

Ellenjavallatok és kizáró tényezők:

- Nincs nemrég kialakult trombózisos vénagyulladásom vagy visszértrombózisom,
- Nincs jelentős, tekervényes visszértágulat van a végtagomon
- Nincs bőrfertőzésem
- Nincs nyirokérgyulladásom
- Nincs ízületi gyulladásom
- Nincs szív-és keringésrendszer-elégtelenségem
- Nem áll fenn a szervezetemben jelentős artériásnyomás-változás
- Nem volt szívinfarktusom
- Nincs és nem is volt neoplazmám vagy daganatos megbetegedésem
- Nincs jelentős szív- és/vagy légzőszervi és/vagy veseelégtelenségem
- Nincs akut gyulladás a szervezetemben
- Nem vagyok terhesterhes
- Nem vagyok szoptató anyuka

Amennyiben a kúra alatt bármikor lázas megbetegedésem van vagy menstruálok, új időpontot egyeztetek a kezelővel.

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

Nyomásterápia adatlap

Név:	Tel.:
Ismert betegség(ek):	
Beleegyező nyilatkozat kitöltve:	Alkalmassági teszt kitöltve:
Kezelés oka:	

Kezelés #1 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			

Kezelés #2 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			

Kezelés #3 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			

Kezelés #4 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			

Kezelés #5 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			

Kezelés #6 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			

Kezelés #7 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			

Kezelés #8 Dátum:

Kezelt terület		Levegő befújás erőssége:	
Program:			