

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

TruFlex (EMS) gép

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

A beleegyező nyilatkozat aláírásával elismerem, hogy a TRUFLEX 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.

A TRUFLEX Bio-Elektromos Izomstimulációt (BEMS vagy EMS) alkalmaz, amely külső forrás/stimulus segítségével elektromos impulzusokat küld az izmok idegeihez. Ez a stimulus az izmok összehúzódását okozza. Megértettem, hogy a TRUFLEX kezeléssel több alkalom szükséges, egy kúra 2 hét alatt legalább 4 alkalmat vagy 3 hét alatt legalább 6 alkalmat jelent, vagy legalább hetente 6 alkalmat. A kezelés eredménye nagyban függ az életmódtól, a meglévő zsírréteg vastagságától, az edzettségi szinttől, a genetikától és a technológiára való reagálástól. Az eredmények egyénenként változóak. A kezelés után bőrpír, érzéketlenség, gyakori bélmozgás, bizsergés, enyhe izomfájdalom és véletlenszerű izomösszehúzódások, növekvő éhségérzet előfordulhatnak, melyek természetesek. A kezelés mellékhatásai lehetnek a megnövekedett pulzus, szívritmus növekedés, az elektródák helyén bőrirritáció, allergiás reakció a gélpárnákra, zúzódásnyomok. Ritka szövődmények és kockázatok égési sérülés, hámlás, hólyagosodás, bőrszín-változás, hegesezés és csalánkiütés.

Kijelentem, hogy nem vagyok várandós, nem szoptatok, nincs epilepsziám, 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.

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 Ne
- online marketing formában (Online cikk /Honlap/ Közösségi média): Igen Ne

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 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:

TRUFLEX alkalmassági teszt

NÉV:		LAKCÍM:	
------	--	---------	--

Ellenjavallatok és kizáró tényezők:

- Szívritmus-szabályzók vagy belső defibrillátorok, beültetett eszközök, beleértve a fém és elektronikus implantátumokat, amelyek jelet küldenek vagy fogadnak.
- Kezeletlen vagy fémmel javított sérv a kezelési területen.
- Terhesség, szoptatás
- Szívritmuszavar, Epilepszia
- Rákos elváltozások
- Akut trauma vagy törés
- Friss sebészeti beavatkozások
- Hasi vagy lágyéksérv
- Alsó végtagok kritikus iszkémiája
- Keringési betegség, venás trombózis
- Krónikus betegség a has, gyomor vagy bélterületeken (pl. Crohn-betegség, colitis, Graves-kór stb.)
- Érzékenység a carotis sinus reflexre.
- Duzzadt, fertőzött vagy gyulladt terület, illetve bőrküütések, visszértágulatok
- Autoimmun betegség, súlyos keringési rendellenesség, szisztémás betegségek

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:

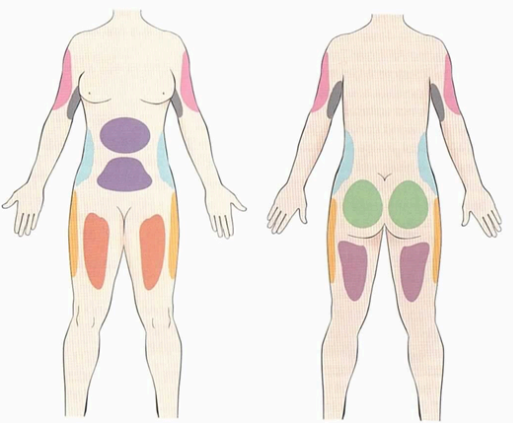
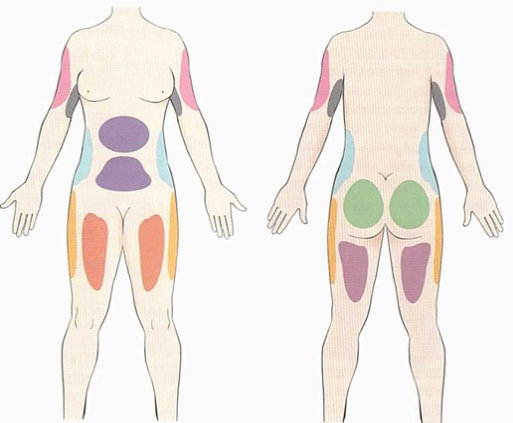
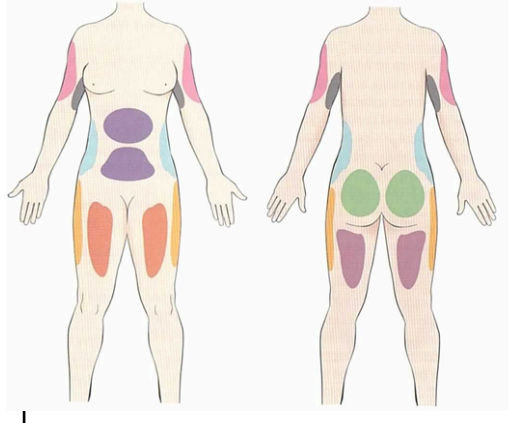
.....
.....

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

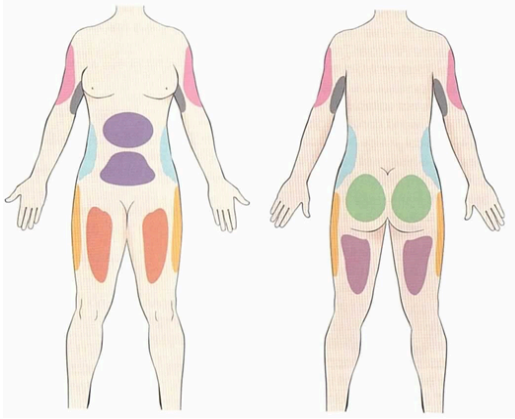
Konzultáns aláírása:

Tanúk

Név:	Név:
------	------

Szül. hely, idő:		Szül. hely, idő:	
Név:		Telefon:	
Cím:		Súly/Körméret:	
		<p>1. TRUFLEX kezelés</p> <p>Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):</p> <p>Kezelési idő:perc</p> <p>Kezelt terület:.....</p> <p>.....</p> <p>Program:.....</p> <p>Intenzitás:</p>	
		<p>2. TRUFLEX kezelés</p> <p>Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):</p> <p>Kezelési idő:perc</p> <p>Kezelt terület:.....</p> <p>.....</p> <p>Program:.....</p> <p>Intenzitás:</p>	
		<p>3. TRUFLEX kezelés</p> <p>Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):</p> <p>Kezelési idő:perc</p> <p>Kezelt terület:.....</p> <p>.....</p> <p>Program:.....</p> <p>Intenzitás:</p>	
Anyja neve:		Anyja neve:	
Lakcím:		Lakcím:	

TRUFLEX KEZELÉSI ADATLAP



4. TRUFLEX kezelés

Kezelés kezdő időpontja (év/hó/nap):

.....

Kezelési idő:perc

Kezelt

terület:.....

.....

Program:.....

Intenzitás: