

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Dane Pacjenta: Gliwice dn.
Nazwisko i Imię:.....
PESEL:.....
Adres:.....
Telefon:..... Płeć: K M



ul. Piwna 17A/5, 44-100 Gliwice
tel. 796 99 18 99, NIP: 631-24-98-533

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27.04.2016 tzw RODO wyraźną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Gabinet Rehabilitacyjny AdamMed Adam Iwański, ul. Piwna 17A/5 w Gliwicach w celu korzystania z usług medycznych, oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dotyczących planowanych wizyt ich zmian, jak również informacji o medycznej działalności Gabinetu Rehabilitacyjnego AdamMed Adam Iwański.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Gabinet Rehabilitacyjny AdamMed Adam Iwański, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie do wglądu i możliwości ich poprawienia oraz że dane te nie są udostępniane innym podmiotom i osobom trzecim.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

Dane prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażania zgody:

Ja,, zamieszkała/y w
przy ulicy..... oświadczam, że jestem prawnym
opiekunem/ ustawowym przedstawicielem,
(nazwisko i imię pacjenta)

.....
Data i czytelny podpis opiekuna

Zgoda pacjenta na prowadzenie terapii w gabinecie AdamMed

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i terapii zgodnej ze standardami fizjoterapeutycznymi. Uzyskałem/am wyjaśnienie każdej wykonywanej czynności, oraz możliwe ewentualne przeciwwskazania i skutki uboczne. Jestem świadom/ma, że czynności terapeutyczne wykonywane są zgodnie z moją wolą, wiedzą i doświadczeniem terapeuty. Jednocześnie oświadczam, że w trakcie terapii słowne wyrażenie zgody na wykonanie technik, jest traktowane na równi z ręcznym podpisem. Zgadając się na terapię, wiem, że jej skutek zależny jest od współpracy mojej z fizjoterapeutą.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

Zgoda na publikację zdjęć na profilu

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgody na publikację zdjęć na profilu Facebook i na stronie internetowej AdamMed Adam Iwański, w celach reklamowych.

W przypadku wyrażenia zgody, mam świadomość, że AdamMed Adam Iwański, w trakcie publikacji zdjęć z postępów terapii, nie będzie podawał żadnych danych osobowych poza imieniem, oraz jeśli jest takie życzenie Pacjenta, ukryje wizerunek (twarz), w celu uniemożliwienia identyfikacji przez osoby trzecie. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda jest dobrowolna, przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym momencie, oraz zażądania usunięcia zdjęć z moją osobą i wizerunkiem, ze strony internetowej i profilu Facebook.

Proszę o zasłonięcie mojego wizerunku w trakcie publikacji

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

Wywiad przed Rehabilitacją

Schorzenie	Tak	Nie	Kiedy/okolica	Schorzenie	Tak	Nie	Kiedy/okolica
Nowotwory i stany po usunięciu (I)				Świeże złamania i zwłknięcia			
Obecność metalowych ciał obcych (I)				Wady rozwojowe (np. niedorozwój zęba obrotnika)			
Gorączka (I)				Hipermobilność			
Zakrzepowe zapalenie żył				Niewydolność t. kręgowych (techniki rotacyjne)			
Rozrusznik serca (I)				Zmiany wrodzone (dysplazje)			
Ciąża i karmienie piersią (I)				Osteochondroza (ch. zwyrodnieniowa dysku)			
Nadczynność i niedoczynność tarczycy				Zmiany jatrogenne (długie przyjmowanie NLPZ)			
Czynny proces gruźliczy/ gruźlica kości (infekcje)				Stany zapalne (RZS)			
Zakażenia wirusowe i grzybicze (I)				Zdiagnozowana niewydolność kręgowo-podstawna			
Cukrzyca/ Pompa insulinowa				Zaburzenia funkcji t. szyjnej			
Zmiany dermatologiczne i wypryski (I)				Tętniak aorty/tętniak (I)			
Zaburzenie czucia (I)				Wypuklina lub przepuklina krążka			
Zaburzenia rytmu serca				Padaczka (I)			
Zaburzenia krzepnięcia krwi (hemofilia) (I)				Zespół uciskowy rdzenia			
Nietolerancja prądu				Zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe			
Zakrzepy i zagrożenie zatorami				Kompresja korzenia nerwowego (z postępującymi niedowładami)			
Krwotoki i tendencje do ich wystąpienia (I)				Kręgozmyk			
Obrzęki niewiadomego pochodzenia (I)				Kręgoszczelina			
Miażdżycy/ zwapnienie ścian tętnic (I)				Zawroty głowy			
Problemy neurologiczne				Osteoporoza/ osteopenia (zmiany metaboliczne) (I)			
Kamica wątrobowa i nerkowa				Igłofobia			

Zażywane Leki:

.....

Uczulenia:

.....

Choroby dziedziczne:

.....

Zabiegi i operacje:

.....

Urazy wypadki:

.....

Choroby przewlekłe:

.....

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta