**ANKIETA PACJENTA – ZABIEG/SESJA**

Nazwisko i imię pacjenta:

Data zabiegu:

wiek:

telefon kontaktowy:

 Adres e-mail:

**ANKIETA DLA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEG:**

1. Proszę wymienić choroby oraz problemy zdrowotne, które obecnie występują? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. W jakim celu chcesz skorzystać z zabiegu? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………..
3. Czy jesteś aktualnie pod opieka specjalisty? Jeżeli TAK, jakiego specjalisty?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Regulamin:

Ważne! Jeśli osoba poddająca się jednemu z zabiegow czy sesji medycyny alternatywnej i leczy się konwencjonalnymi metodami i jest pod opieką lekarza, nadal powinna pod taką pozostać. Sesje i zabiegi nie zastępuje w pełni leczenia lecz uzupełnia proces leczenia. W takim połączeniu można uzyskać najlepsze efekty.

Minumum 24 godziny przed ustalonym spotkaniem Uczestnik sesji/zabiegu nie może być pod wpływem środków odurzających (alkohol, narkotyki, środki odurzające, które mogą wpływać na świadomość pacjenta podczas sesji), które mogą wpływać na jego uwagę, musi być w stanie w pełni postrzegać rzeczywistość.

**Z**goda na udzielenie osobie zainteresowanej sesji/zabiegu.

Zakreśl zgodnie z prawdą:

* Oświadczam, że zrozumiałem/am w/w pytania i moje udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym zdrowia, które zostały wcześniej udzielone .
* Potwierdzam chęć skorzystania z zabiegu ……………………………………………………………. na własną odpowiedzialność.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem korzystania zabiegów oferowanego przez Milena Izdebska, także z przeciwskazaniami i wpływem zabiegu czy sesji na organizm człowieka.
* Zobowiązuję się zgłosić odrazu po sesji, każdą zmianę odczuć na moim ciele, które miały miejsce w trakcie wykonywania zabiegu.
* Zobowiązuje się stosować do zaleceń i wykonywać regularnie ćwiczenia, które zostały mi przekazane.

...............................................................................………………………………………………………………………

 Data i czytelny podpis pacjenta

 Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do wykonywania Umowy o świadczenie usług oferowanych przez Milena Izdebska. Oświadczam, że podałam/-em dane osobowe dobrowolnie i że są one zgodne z prawdą.

...............................................................................…………………………………………………………………….

 Data i czytelny podpis pacjenta

MI Change Of Life Spiritual Coach

Milena Izdebska

