

KÉRDŐÍV ÉS HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT A PELVIPOWER™ MAGNETOTERÁPIÁS KEZELÉSHEZ

Név: E-mail:
Születési idő: Telefonszám:
Lakcím:

KONTRAINDIKÁCIÓK, ELLENJAVALLATOK

	igen	nem		igen	nem
Terhesség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fém a kismedencében (húgyhólyagban, rögzítő csavarok, fémlap, petevezeték klip, stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Csípőprotézis, térdízületi protézis (10cm-rel térd felett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inzulinpumpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacemaker, defibrillátor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurostimulátor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepszia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Szívbetegségek/szívritmus zavarok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daganatos megbetegedés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fém tartalmú tetoválás / piercing (az intim területen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Korábbi műtét és időpontja (< 8 hét):

MÁGNESMEZŐ-KEZELÉS NEM AJÁNLOTT

Spirál (A spirál pozícióját a kezelést követően orvossal ellenőriztetni kell) Menstruáció Akut húgyúti fertőzés
Fájdalmas aranyér Lázás fertőzés Cochlea-Implantátum
Vérhígító gyógyszer igen nem

A KÉRDŐÍVET megérttem, magam töltöttem ki.

Személyes felvilágosítást megkaptam a PelviPower kezelés hatásairól és mellékhatásairól.

Tudomásul veszem, hogy a PelviPower kezelés kapcsán a személyes adataim orvosi titoknak minősülnek, melyet kizárólag orvosok, a kezelést végzők, valamint adott esetben a készülékek, gépek kezelői, fejlesztői ismerhetnek meg.

Aláírással hozzájárulásomat adom, ahhoz, hogy a PelviPower kezelés kapcsán a személyes adataimat a mindenkor hatályos GDPR és az adatvédelmi törvény (1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) előírásainak megfelelően kezelik.

Hozzájárulok, hogy az Adatkezelő részemre elektronikus úton e-mailt küldjön. Ez a hozzájáruló nyilatkozat nem vonatkozik a kezelt adatok harmadik személy részére történő átadására, ez a törvényben írt kivételekkel, kizárólag az előzetes hozzájárulásommal történhet.

A PelviPower kezelés árát tudomásul vettem és ezt számla ellenében készpénz vagy átutalás útján, vagy bankkártyás fizetéssel megtérítem. Lejárat tartozás esetén hozzájárulok a kizárólag a tartozás megfizetéséhez szükséges adatok harmadik személy részére történő átadásához vagy az engedélyezéséhez.

Jelen hozzájáruló nyilatkozatom bármikor korlátozás, feltétel és indokolás nélkül visszavonható. Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, minden külső befolyás nélkül, a megfelelő tájékoztatás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések ismeretében tettem meg.

Budapest, 202.. hónap

A kezelést szeretném elvégezni igen nem

PelviPower Kezelő

Orvos

Páciens

