

Név		Foglalkozás	
Születési hely, idő		Legmagasabb iskolai végzettség	
Anyja neve		Családi állapot	
Telefonszám(ok)		Vérnyomás, pulzus	A rendelő munkatársai mérik
E-mail cím(ek)		Testmagasság	
Város, irányítószám		Testtömeg	
Utca, házsám		Szem.ig.szám	
Dátum, helyszín		TAJ szám	

Honnan/Kitől hallott rólunk?	
Részesült-e már korábban craniosacralis terápiás kezelésben?	igen / nem
Ha igen, mikor és hány alkalommal? Ki végezte/Kik végezték a kezelést?	
Kíván-e hírlevélben értesülni új terápiás lehetőségekről, akciókról?	igen / nem

NYILATKOZAT

Jelen nyilatkozat aláírásával elfogadom a craniosacralis terápia, ill. életvezetési tanácsadás igénybevételének alább közölt feltételeit, és aláírással egyben azt is tanúsítom, hogy e feltételeket, illetve az itt közölt egyéb információkat tudomásul vettem és megértettem.

A kérdőív kitöltésével tudomásul veszem, hogy a kérdőíven közölt adatszolgáltatás önkéntes.

Teljes körű és határozott hozzájárulásomat adom, hogy az NB Természetes Egyensúly Kft. és az Upledger Institute Hungary Kft., ill. a vele szakmai kapcsolatban álló más cég vagy személy, mint adatkezelő, a közölt adataimat, beleértve a különösen érzékeny adataimat felvegye, feldolgozza és a kitöltött kérdőíveket analóg vagy digitális formában tárolja. Hozzájárulok ahhoz, hogy az adatkezelő a személyes és a kérdőíven közölt adatok alapján készült kimutatást vagy grafikont, ill. annak adatait a továbbiakban is tárolja, valamint tudományos kutatási célra (előadások, cikkek, stb.) személyi azonosítás (név, TAJ, születési idő, laccím) nélkül felhasználja. Az adatkezelő mindaddig jogosult az adataimat kezelni, amíg írásos értesítést nem küldök részére, melyben az adatkezeléshez adott hozzájárulásomat visszavonom.

Az adatszolgáltatásnak nem célja a diagnózis felállítása.

Az adatszolgáltatás célja a kezelési program összeállítása, a számomra leginkább megfelelő életmód, táplálkozás és testedzés kialakítására, az egészség megőrzésére vonatkozó javaslatok adása.

Az NB Természetes Egyensúly Kft., az Upledger Institute Hungary Kft., valamint az általa megbízott, vele szakmai kapcsolatban álló más cég vagy személy által nyújtott szolgáltatások nem minősülnek orvos által nyújtott szolgáltatásnak, a craniosacralis terápia nem orvosi kezelés, és nem is helyettesíti azt, továbbá a kérdőív kitöltése és a terápia során elhangzó információk nem helyettesítik az orvosi vizsgálatot és diagnózist.

Tudomásul veszem, hogy mindenfajta természetgyógyászati eljárás, életmódváltás, és sporttevékenység folytatásának előfeltétele az előzetes, szakorvosi egészségügyi állapotfelmérés, amely saját egészségem és biztonságom érdekében történik. Amennyiben az előzetes orvosi vizsgálaton való részvételt megtagadom, az ebből fakadó sérülésekért, egészségügyi problémákért kizárólag engem terhel a felelősség.

Kijelentem, hogy az első kezelés megkezdése előtt a terápia elméletére, javallatokra és ellenjavallatokra, illetve a várható hatásokra vonatkozó kimerítő tájékoztatást megkaptam, külön kitérve a kezeléseknél várható átmeneti állapotrosszabbodásra, és a személyre szabottan megtervezett kezeléseknél szükséges minimális számára.

Kijelentem, hogy valamennyi felmerülő kérdésemre feltettem, azokra megfelelő választ kaptam.

Kijelentem, hogy az adataim kezeléséhez való hozzájárulásomat követően, a teljes körű tájékoztatás birtokában, a kezelés egyénenként is változó hatásfokának, kockázatának ismeretében a kezelés megkezdését saját felelősségemre kérem és végeztetem el.

Tudomásul veszem, hogy a kezelést végző személy felelőssége csupán a kezelési eljárás általam szolgáltatott adatok szerinti alkalmazására terjed ki, ezen túl vele szemben igénnyel nem léphetek és nem lépek fel.

Az NB Természetes Egyensúly Kft., az Upledger Institute Hungary Kft. és a vele szakmai kapcsolatban álló, kezelést végző más cég vagy személy nem vállalnak garanciát a gyógyulás sikeréért.

Tudomásul veszem, hogy az előzetesen egyeztetett kezelési időpontot az azt megelőző 48 óráig van lehetőségem lemondani vagy módosítani; a kezelés időpontját megelőző 48 órán belül lemondott kezelés díjának 100%-át 14 napon belül készpénzben vagy banki átutalással az NB Természetes Egyensúly Kft. részére megtérítem.

Az aláírással egyben azt is igazolom, hogy az általam a kezelést megelőzően és a kezelés során közölt adatok és információk a valósággal egyezők, a feltett kérdésekre legjobb tudomásom szerint kimerítő választ adtam, adatot nem hallgattam el. Tudomásul veszem, hogy a kezelés szempontjából lényeges tény, adat, információ valótlanlaga vagy elhallgatása miatt esetlegesen előálló bármely negatív következmény tekintetében a NB Természetes Egyensúly Kft., az Upledger Institute Hungary Kft. és a kezelést végző személyek felelősséget nem vállalnak, valamennyi felelősség és következmény engem terhel.

Helyszín: időpont:

Natural Balance
CRANIOSACRAL THERAPY

.....
a kezelést igénybe vevő aláírása

(kiskorú személy vagy gondnokolt esetén törvényes képviselője aláírása)

A NB Természetes Egyensúly Kft. és az Upledger Institute Hungary Kft. kijelenti, hogy a tevékenységét a mindenkori hatályos jogszabályoknak, valamint az etikai előírásoknak és elvárásoknak megfelelően végzi.

A NB Természetes Egyensúly Kft. és az Upledger Institute Hungary Kft. kijelenti, hogy a kezelés során birtokába jutott információkat, a személyes és különleges (egészségügyi) adatokat bizalmasan kezeli, azokat kizárólag a saját használatú nyilvántartása és a kezeléseknél sikerességének előmozdítása érdekében használja fel, és harmadik személynek nem adja ki.

.....
Gábor Orsolya
NB Természetes Egyensúly Kft.

Vonatkozó jogszabályok:

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
40/1997. (III. 5.) Korm. rendelet a természetgyógyászati tevékenységről

11/1997. (V. 28.) NM rendelet a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről, ill. e rendelet 2. számú melléklete

1. Kérjük sorolja fel és röviden írja le azokat a panaszokat, tüneteket, betegségeket, amelyekkel felkeresett bennünket! Mióta állnak fenn a panaszok? Kérjük, azokat a problémákat, betegségeket is sorolja fel, amelyek – pl. gyógyszeres kezelésnek köszönhetően – jelenleg nem okoznak tüneteket (pl. magas vérnyomás, epilepszia)!	
MI A PANASZ?	MIÓTA ÁLL FENN?
Megjegyzések:	

2. Kérjük, fejtsse ki részletesen, mit vár a Craniosacralis terápiától?
ÁLTALÁNOSÁGBAN:
A KONKRÉT PANASZOKKAL ÖSSZEFÜGGÉSBEN:

3. Bármikor korábban fennálltak-e vagy jelenleg fennállnak-e az alábbiak? (Kérjük, tegyen X-et a megfelelő rubrikába!)		1 évnél korábban bármikor			Az elmúlt 12 hónapban		Jelenleg	
		Igen	Nem	Nem tudom	Igen	Nem	Igen	Nem
1	Orvosi vagy más egészségügyi kezelés alatt állt vagy áll.							
2	Orvos által receptre felírt gyógyszert szedett vagy szed.							
3	Orvosi kezelést vagy műtéti beavatkozást javasoltak az Ön számára.							
4	Egészségügyi okokból kórházi ellátásban részesült vagy részesül.							
5	Mentális okokból kórházi ellátásban részesült vagy részesül.							
6	Várandós.							
7	Hozzájárul-e ahhoz, hogy szükség esetén felvegyük a kapcsolatot kezelőorvosával?							

4. Az elmúlt 12 hónapban milyen gyakran tapasztalta az alábbiakat?		Rendszeresen	Alkalmanként	(Szinte) soha	Nem tudom
1	Fejfájás, migrén				
2	Szédülés, elgyengülés, ájulás				
3	Rendszertelen szívverést, szaporább pulzust tapasztalt				
4	Szapora légzés vagy nehézlégzés				
5	Hirtelen intenzív félelem vagy szorongás				
6	Megfázás, influenza				
7	Hőemelkedés, láz				
8	Torokfájás, mandulagyulladás				
9	Gyakori (2 órán belüli) vizelési inger				
10	Gyomorrontás, hányás, hasmenés				
11	Székrekedés				
12	Gyomortáji fájdalom vagy gyomorégés				
13	Bőrgyulladás, kiütés, ekzema				
14	Hirtelen, erős hajhullás				
15	Orrvérzés vagy fogínyvérzés				
16	Nyakfájdalom, hát- vagy derékfájás				
17	Fájdalom a karban, lábakban vagy ízületekben (pl. csípő)				
18	Menstruációs fájdalom vagy más ciklusrendellenesség				
19	Éjjelente gyakori ébredés (2-nél többször)				
Megjegyzések:					

5. Voltak-e, ill. jelenleg fennállnak-e Önnél a felsorolt problémákkal összefüggő egészségügyi panaszok? Ha igen, kérjük pontosan nevezze meg a panaszt, betegségét, és hogy mikor és mennyi ideig állt fenn!		1 évnél korábban bármikor			Az elmúlt 1 évben		Jelenleg is fennáll	
		Igen	Nem	Nem tudom	Igen	Nem	Igen	Nem
1	Szívvel, vérkeringéssel kapcsolatos panaszok, betegségek							
2	Magas vérnyomás							
3	Nyirokkeringéssel kapcsolatos panaszok, betegségek (pl. ödéma)							
4	Légzéssel, a tüdővel kapcsolatos panaszok, betegségek (pl. asztma)							
5	Gyomor- és bélrendszerrel kapcsolatos panaszok (pl. IBS, gyomorfekély, székrekedés)							

5. Voltak-e, ill. jelenleg fennállnak-e Önnél a felsorolt problémákkal összefüggő egészségügyi panaszok? Ha igen, kérjük pontosan nevezze meg a panaszt, betegséget, és hogy mikor és mennyi ideig állt fenn!		1 évnél korábban bármikor			Az elmúlt 1 évben		Jelenleg is fennáll	
		Igen	Nem	Nem tudom	Igen	Nem	Igen	Nem
6	A máj, epehólyag rendellenességei (pl. epekő)							
7	Magas koleszterin-, ill. triglicerid-szint							
8	Magas vércukorszint, inzulinrezisztencia							
9	Hirtelen súlyvesztés vagy súlygyarapodás							
10	A hormonháztartás zavarai (pl. pajzsmirigy-túlműködés)							
11	A vese ill. a húgyutak működésével kapcsolatos panaszok, betegségek (pl. hólyaghurut, fájdalmas vizelet)							
12	Mozgásszervi problémák, ízületi-, gerinc-, derék-, hátpanaszok							
13	Bőrelváltozások, bőrkiütések (pl. psoriasis, ekzema)							
14	Látással kapcsolatos panaszok, betegségek							
15	Fül-orr-gégészeti panaszok, hallásproblémák							
16	Idegesség, alvászavar							
17	Idegrendszeri problémák (pl. epilepszia, görcsroham)							
18	Mentális rendellenesség (pl. depresszió, személyiségzavar)							
19	Férfiaknál: prosztatata-, ill. az intimítással összefüggő panaszok Nőknél: nőgyógyászati, ill. az intimítással összefüggő panaszok							
20	Sérülésből, balesetből adódó panaszok (Lásd még 11. kérdés)							
21	Alkohol- ill. drogfüggőség							
22	Egyéb panasz, betegség; éspedig:							
Megjegyzések:								

<p>6. Kérjük, sorolja fel a családjában előfordult súlyosabb betegségeket, és írja le, kinél fordult elő! Pl. osteoporosis - édesanya, daganatos megbetegedés - apai nagyapa, diabetes, stroke, nagyfokú elhízás, stb.</p>

**7. Az elmúlt 1 évben milyen szakorvosnál járt, illetve jár-e jelenleg?
Milyen okból, hány alkalommal és mikor?**
Pl. Háziorvos, endokrinológus, neurológus, szemész, nőgyógyász, sportorvos, stb.

**8. Az elmúlt 2 évben milyen alternatív gyógymódot,
kiegészítő terápiát vett igénybe? Hány alkalommal, mikor és hol/kinél?**
Pl. Manuálterápia, biorezonancia, energiagyógyászat, gyógytorna, homeopátia, kineziológia, szemtréning, stb.

**9. Milyen gyógyszereket, gyógyhatású készítményeket, étrendkiegészítőket szedett az elmúlt 2 évben?
Mennyi ideig és milyen mennyiségben szedte, illetve jelenleg is szedi-e azokat?**
Pl. inzulin, vérhígító, szívritmus-szabályozó, antibiotikum, lázcsillapító, gyulladáscsökkentő, fájdalomcsillapító
nemi hormonok, fogamzásgátló, vírusellenes szerek, daganatellenes szerek, nem kötelező oltások, orcsepp, potencianövelő, stb.

Natural Balance
CRANIOSACRAL THERAPY

**10. Kérjük sorolja fel az összes műtéti, orvosi beavatkozást, beleértve a legapróbbakat is,
amin valaha átesett, ill. a kórházi kezelések időpontját!**
Ide tartozik a szülés, fogászati beavatkozás, plasztikai műtét, kozmetikai beavatkozás, stb. is.

MILYEN BEAVATKOZÁS TÖRTÉNT?

MIKOR?

Megjegyzések:

16. Mennyi folyadékot fogyaszt naponta és pontosan mit?

--

17. Milyen gyakran fogyaszt szeszesitalt? Alkalmanként mennyit?

--

18. Dohányzásra vonatkozó kérdések
(Kérjük, tegyen X-et a megfelelő rubrikába!)

		igen	nem	nem tudom
1	Naponta több órán át tartózkodik dohányzók környezetében (munkahely, otthon)?			
2	Dohányzik-e rendszeresen vagy alkalmanként (pl. cigaretta, pipa)? Ha igen, hány éve kezdett el dohányozni? Naponta hány szál/adag dohányipari terméket fogyaszt?			
3	Próbált már leszokni a dohányzásról? Ha igen, hány alkalommal?			
4	Tervezi-e, hogy a közeljövőben leszokik a dohányzásról?			
5	Javasolta-e valaha orvos vagy egészségügyi szakember, hogy hagyja abba a dohányzást?			
6	Ha jelenleg nem dohányzik, korábban dohányzott-e rendszeresen vagy alkalmanként? Megjegyzés:			

19. Ön hogy érzi, mennyit tesz egészsége megóvása érdekében?

Gondoljon arra, mennyit mozog, pihen, hogyan táplálkozik, mennyire vigyáz az egészségére!
(Kérjük, karikázza be a választ!)

Nagyon sokat	Sokat	Átlagosan	Keveset	Nagyon keveset	Nem tudom
--------------	-------	-----------	---------	----------------	-----------

20. Tényleges családi állapot

Pl. Elvált, élettársával él / Partnerével nyitott kapcsolatban él / Özvegy, kiskorú gyermekeit egyedül neveli, stb.

--

.....
a kérdőív kitöltőjének aláírása

A Natural Balance rendelő nevében köszönöm, hogy átgondolta a kérdésekre adott válaszokat és kellő időt szánt a kérdőív kitöltésére, hozzájárulva ezzel a hatékony együttműködéshez és segítve azt, hogy munkánkat a lehető legmagasabb színvonalon végezhessük!