

DOTAZNÍK

K POHYBOVEJ TERAPII

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Uveďte, ktoré z uvedených ochorení máte
(ak ochorenie nemáte, ponechajte miesto voľné)

Kardiovaskulárne ochorenia – zvýšený, znížený tlak

Neurologické ochorenia

Interné ochorenia

(respiračné poruchy, obehové poruchy, reumatické ochorenia, diabetes a iné)

Ortopedické ochorenia

Alergie

Medikamentózna liečba

| | Áno | Nie |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Prekonaný COVID 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absolvovali ste už niekedy rehabilitáciu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kľčové žily | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pre ženy v reprodukčnom veku | | |
| Je možné, že by ste mohli byť tehotná? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dojčíte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ste v období šestonedelia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA ABSOLVUJÚCEHO PRÍSTROJOVÚ TERAPIU

Bol(-a) som poučený(-á) o povahe a rizikách prístrojovej terapie. Vyhlasujem, že údaje, ktoré som poskytol(-a) sú pravdivé a nič nebolo zamlčané. Ak sa ohľadom niečoho cítite neisto a nie je to vyššie spomenuté, odporúčame sa VŽDY pýtať vopred.

Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov, údajov o zdravotnom poistení a archiváciou dokumentov.

V Nitre dňa

Podpis pacienta
(zákonného zástupcu)