

# KWESTIONARIUSZ

WSZELKIE UDZIELONE PRZEZ CIEBIE INFORMACJE SĄ POUFNE

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Adres email	
Numer telefonu	
Nazwa użytkownika Skype	
Adres przychodni GP	
Proszę wymienić wszelkie leki oraz suplementy diety, które obecnie zażywasz	
Proszę wymienić wszelkie alergie na które cierpisz	
Proszę wymienić wszelkie poważne choroby na które cierpisz oraz operacje które przeszedłeś / przeszłaś	
Jakich efektów się spodziewasz?	

Dziękuję za to, że się do mnie zgłosiłeś / zgłosiłaś.

Obowiązuje mnie ścisły kodeks postępowania, w związku z którym wszelkie udzielone przez Ciebie informacje są poufne.

## **Kwestia preparatów potencjonowanych:**

Właściwie dobrane preparaty potencjonowane mogą przynosić dobre rezultaty, jednakże działają one na innej zasadzie niż leki konwencjonalne (poprzez chemiczne oddziaływanie). Preparaty potencjonowane działają poprzez stymulację naturalnych procesów

odpornościowych organizmu, dlatego też są bezpieczne w użyciu i nie powodują efektów ubocznych.

**Nagłe sytuacje kryzysowe:**

W sytuacjach nagłych, jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości odnośnie stanu swojego zdrowia, zalecam bezzwłoczne zgłoszenie się na pogotowie ratunkowe lub do lekarza.

**Odstawianie leków konwencjonalnych:**

Niedopuszczalne jest, abyś odstawił/a jakiegokolwiek leki konwencjonalne bez wcześniejszej zgody lekarza, który Ci je przepisał.

Potwierdzam, iż zapoznałem/am się z powyższymi zasadami. Rozumiem, iż świadomie decyduję się na formę terapii komplementarnej oraz sam / sama biorę odpowiedzialność za swoje własne zdrowie lub zdrowie swojego dziecka.

Odsyłając niniejszy kwestionariusz potwierdzam, iż akceptuję powyższe postanowienia oraz chciałbym/ chciałabym rozpocząć konsultacje u Kacpra Szymańskiego.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do rozpoczęcia konsultacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).*

Podpis		Data	
--------	--	------	--