

Nazwisko: Imię:

Data: PESEL: Zabieg: Kriolipoliza

CZY CHORUJE PAN(I) NA:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Nowotwory (co najmniej 5 lat po zakończonym leczeniu) | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 2. Aktywne choroby (bakteryjne, wirusowe, grzybicze, pasożytnicze) | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 3. Choroby autoimmunologiczne | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 4. Choroby serca, krążenia, naczyń krwionośnych. | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 5. Zakrzepicę | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 6. Choroby wątroby | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 7. Choroby tarczycy | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 8. Choroby nerek | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 9. Choroby krwi (hipoproteinemia, krioglobulinemia) | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 10. Zespół Raynauda | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 11. Cukrzycę | TAK ☐ | NIE ☐ |

CZY POSIADA PAN(I):

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Ropno-zgorzelinowe zmiany na skórze | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 2. Choroby skóry | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 3. Pokrzywkę na zimno | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 4. Miejscowe stany zapalne | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 5. Otwarte rany | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 6. Tatuaż w miejscu zabiegu | TAK ☐ | NIE ☐ |

CZY SPOŻYWAŁ(A) PAN(I) ALKOHOL W CIĄGU 24H?TAK ☐ NIE ☐

♀ CZY JEST PANI W CIĄŻY LUB KARMI PANI PIERSIĄ?

TAK ☐ NIE ☐

♀ CZY JEST PANI W TRAKCIE MIESIĄCZKI?

TAK ☐ NIE ☐

♀ CZY POSIADA PANI WKŁADKĘ DOMACICZNĄ METALOWĄ?

TAK ☐ NIE ☐

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z powyższymi informacjami i potwierdzam, że nie posiadam przeciwwskazań do korzystania z zabiegu.

Czytelny podpis:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych zawartych w powyższym oświadczeniu oraz wykorzystywanie wizerunku przez Centrum Krioterapii NORDIC w celu promocji i upowszechniania treści z moją osobą na stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych.

Data i czytelny podpis:

.....