

Nazwisko: Imię:

Data: PESEL: Zabieg: Krioterapia miejscowa

CZY CHORUJE PAN(I) NA:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Ciężkie choroby serca i układu krążenia | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 2. Stan pozawałowy | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 3. Stany zapalne naczyń krwionośnych | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 4. Schorzenia naczyń obwodowych | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 5. Zespół Raynauda | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 6. Zespół Sudecka | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 7. Zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 8. Choroby nowotworowe | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 9. Zaburzenia troficzne skóry | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 10. Stany popromienne | TAK ☐ | NIE ☐ |

CZY POSIADA PAN(I):

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Nadwrażliwość na zimno | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 2. Ostre infekcje i stany gorączkowe | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 3. Odmrożenia | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 4. Ogólne osłabienie i wyniszczenie organizmu | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 5. Pokrzywkę na zimno | 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:

.....