



TRE® - ĆWICZENIA UWALNIAJĄCE STRES I TRAUMĘ

ANKIETA DLA KLIENTA TRE®

(proszę wypełniać czytelnie)



NAZWISKO: _____ **IMIĘ:** _____

DATA URODZENIA: DD-MM-RRRR

ULICA, NR DOMU/MIESZKANIA: _____

MIASTO: _____ **KOD POCZTOWY:** _____

NR TELEFONU: _____ **MAIL:** _____

ZAWÓD WYKONYWANY: _____ **WYUCZONY:** _____

PREFEROWANY SPOSÓB KONTAKTU: _____

JAK PAN(I) DO MNIE TRAFIŁ(A)? _____

PROSZĘ OPISAĆ POTRZEBY I PROBLEMY Z JAKIMI MAMY PRACOWAĆ:

PYTANIA BEZPOŚREDNIO DOTYCZĄCE TRE®:

WYWIAD DOTYCZĄCY ZDROWIA

CZY JEST PAN(I) POD STAŁĄ OPIEKĄ LEKARZA, PSYCHOLOGA, FIZJOTERAPEUTY: TAK NIE

Rekomenduję aby poinformować swojego opiekuna medycznego o wykonywaniu TRE®.

CZY PRZYJMUJE PAN(I) STAŁE LEKARSTWA? TAK NIE

JEŻELI TAK, TO JAKIE:

WYMIEN

CZY W OSTATNIM ROKU BYŁ(A) PAN(I) HOSPITALIZOWANY(A) LUB MIAŁ(A) OPERACJĘ? TAK NIE

JEŻELI TAK, TO CZEGO DOTYCZYŁA:

CZY MA PAN(I) SZTUCZNE STAWY? TAK NIE

JEŻELI TAK, TO JAKIE?

CZY NOSI PAN(I)

PROTEZĘ ZĘBOWĄ

TAK

NIE

SZKŁA KONTAKTOWE?

TAK

NIE

PROSZĘ WYMIĘĆ EW. WYPADKI / URAZY Z OSTATNICH 2 LAT (SAMOCHODOWE, SPORTOWE, INNE)

PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK " X " JEŻELI WYSTĘPUJE U PANA(I) KTÓRYŚ Z SYMPTOMÓW:

LĘKI

CHRONICZNE ZMĘCZENIE

ZAPARCIA

BÓLE GŁOWY

BEZSENNOŚĆ

KŁOPOTY Z TRAWIENIEM

DRĘTWIENIA

GORĄCZKA

BÓLE BRZUCHA

BÓLE W KLATCE PIERSIOWEJ

ZAWROTY GŁOWY

DEPRESJE

INNE:

KRÓTKI OPIS

PROSZĘ WSTAWIĆ ZNAK " X " JEŻELI MA PAN(I) LUB PODEJRZEWA, ŻE MA:

ASTMĘ

OBRZĘKI

CHOROBY KRWI

OSTEOPOROZĘ

CHOROBY SERCA (ROZRUSZNIK, ZABURZENIA RYTMU)

PADACZKĘ

CHOROBY SKÓRY

PROBLEMY Z CIŚNIENIEM

CHOROBY UKŁ. ODDECHOWEGO

PROBLEMY ORTOPEDYCZNE

CIAŻĘ

NOWOTWÓR

CUKRZYCĘ

ZABURZENIA KRAŻENIA

FIBROMYALGIĘ

ZABURZENIA PSYCHIATRYCZNE

GUZY

ZAPALENIA STAWÓW

HIPERGLIKEMIĘ

ZAPALENIE WĄTROBY

HIPOGLIKEMIĘ

ŻYLAKI

HIV / AIDS

INNE

OPIS

Oświadczam, że wymieniałem(am) wszystkie znane mi dolegliwości zdrowotne i zgadzam się informować osobę prowadzącą TRE® o wszelkich zmianach w tym zakresie. Rozumiem, że na zajęciach nie otrzymam diagnozy ani zabiegów medycznych. Informacje jakie otrzymam będą miały charakter edukacyjny w celu podniesienia stanu mojej świadomości. Wykorzystam je wg. własnego uznania. JEŻELI pojawią się wątpliwości odnośnie mojego stanu zdrowia zwrócę się do lekarza po informacje. TRE® będę traktować podobnie jak korzystanie z fitnessu lub innej formy aktywności fizycznej a ćwiczenia będę wykonywać w ramach swoich własnych możliwości.

Zgadzam się informować z 24-godzinnym wyprzedzeniem o braku możliwości pojawienia się na sesji i zapłacić za sesję odwołaną w ostatniej chwili lub na której mnie nie było bez odpowiedniego powiadomienia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tej ankiecie dla mojego bezpieczeństwa i potrzeb praktyka TRE®.

(zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)
Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że powyższe informacje nie będą w żaden sposób udostępniane osobom trzecim.

czytelny podpis

data

