



TRE® - ĆWICZENIA UWALNIAJĄCE STRES I TRAUMĘ

FORMULARZ - SZKOLENIE 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)? _____

DLACZEGO CHCE PAN(I) UCZESTNICZYĆ W SZKOLENIU TRE®:

JAKIE MA PAN(I) PYTANIA DOTYCZĄCE TRE®:

WYWIAD DOTYCZĄCY ZDROWIA

CZY JEST PAN(I) POD STAŁĄ OPIEKĄ LEKARZA, PSYCHOLOGA, FIZJOTERAPEUTY: TAK NIE
JEŻELI TAK, TO Z JAKIEGO POWODU (KRÓTKI OPIS)

WYMIEN

Zalecamy aby powiadomić swojego opiekuna medycznego o stosowaniu TRE®.

CZY PRZYJMUJE PAN(I) STAŁE LEKARSTWA? TAK NIE
JEŻELI TAK, TO PROSZĘ WYMIENIĆ 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

HIPERGLIKEMIE

ZAPALENIE WĄTROBY

HIPOGLIKEMIE

ŻYLAKI

HIV / AIDS

INNE

OPIS

Oświadczam, że wymienię(am) wszystkie mi znane moje dolegliwości zdrowotne i poinformuję Organizatora szkolenia o wszelkich zmianach w stanie zdrowia. Rozumiem, że na zajęciach nie otrzymam diagnozy ani zabiegów medycznych. Informacje, jakie otrzymam, będą miały charakter wyłącznie edukacyjny a ich celem będzie podniesienie stanu mojej świadomości.

Przyjmuję też do wiadomości, że Organizator nie ponosi odpowiedzialności za moje nieuprawnione stosowanie TRE® w stosunku do osób trzecich oraz fakt, że pełne szkolenie uprawniające mnie do pracy z TRE® kończy się uzyskaniem certyfikatu.

ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ W USTALONYM Z ORGANIZATOREM TERMINIE UREGULOWAĆ NALEŻNOŚCI FINANSOWE ZWIĄZANE ZE SZKOLENIEM.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym formularzu (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

