

ANKIETA DLA KLIENTA TRE®

* Wymagane

1. Imię i Nazwisko *

2. Adres e-mail *

3. Numer telefonu *

4. CZY JEST PAN(I) POD STAŁĄ OPIEKĄ LEKARZA, PSYCHOLOGA, FIZJOTERAPEUTY: *

tak

nie

5. CZY PRZYJMUJE PAN(I) STALE LEKARSTWA? (JEŻELI TAK, TO JAKIE?) *

6. CZY MA PAN(I) SZTUCZNE STAWY? (JEŻELI TAK, TO JAKIE?) *

7. CZY NOSI PAN(I) SZKŁA KONTAKTOWE? *

tak

nie

8. CZY SKARŻY SIĘ PAN(I) NA JAKIEŚ DOLEGLIWOŚCI? (JEŻELI TAK, TO JAKIE?) *

9. CZY POSIADA PAN(I) KTÓREKOLWIEK Z PRZECIWWSKAZAŃ? PROSZĘ O ZAZNACZENIE: *

- Zaburzenia ciśnienia krwi
- Zaburzenia pracy serca (arytmia, rozrusznik, operacje)
- Złamania kości
- Nadwyrężenia i skręcenia stawów
- Stany pooperacyjne
- Hypo / Hiperglikemia
- Padaczka
- Psychozy
- Schizofrenia
- Głęboka depresja
- Cięża

10. W ciągu ostatnich 14 dni nie wystąpiły u mnie jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka. *

- W ciągu ostatnich 14 dni nie wystąpiły u mnie jakiegokolwiek objawy infekcji górnych dróg oddechowych ze szczególnym uwzględnieniem takich objawów jak kaszel, duszność oraz gorączka.
- W ciągu ostatnich 14 dni nie miałem(am) kontakt z osobą podejrzaną lub zdiagnozowaną jako przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- W ciągu ostatnich 14 dni nie zdiagnozowano u mnie zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- Nie jestem objęty(a) kwarantanną.

11. Klauzula informacyjna gabinetu Elvita Terapia i Szkolenia Elżbieta Pakoca, zgodna z obowiązującymi przepisami RODOKlauzula informacyjna zgodna z RODO Informujemy, że: Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- *
1. Administratorem danych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest gabinet fizjoterapii Elvita Terapia i Szkolenia Elżbieta Pakoca z siedzibą przy ul. Trakt Lubelski 265G/2 04-447 Warszawa, tel: 600 46 46 46, adres e-mail: ela.pakoca@icloud.com
 2. Celem zbierania danych jest możliwość zweryfikowania klienta, kontaktu z klientem w celach przesyłania informacji dotyczącej planowanych sesji. Dane dotyczące zdrowia są niezbędne do bezpiecznego prowadzenia sesji.
 3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji świadczeń. W przypadku nie podania danych telekomunikacyjnych nie będzie możliwe poinformowanie o zaplanowanych sesjach oraz ewentualnych zmianach terminu.
 5. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
 6. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 7. Dane osobowe będą przechowywane przez do czasu 20 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
