

Ja niżej podpisana/y.....PESEL

Zamieszkała/y pod adresem:.....

Tel. Kontaktowy: adres e-mail:

Oświadczam, że dobrowolnie zgłosiłam/em się na terapię hiperbaryczną i wyrażam zgodę na przeprowadzenie w/w terapii. Zostałam/em poinformowana/y na czym polega terapia. Po przeprowadzeniu wywiadu ze mną, mam świadomość zakresu i rodzaju zaproponowanej mi metody terapeutycznej. Zostałam/em poinformowana/y, że wskazana metoda terapii pełni jedynie funkcję pomocniczą i nie zastąpi leczenia medycznego. Zostałam/em odpowiednio przygotowana/y do zabiegu. Ponadto mam pełną świadomość, że poddanie mnie ww. terapii jest umową starannego działania i że prowadzący terapię nie odpowiada za jej końcowy rezultat, choć dołoży najwyższej staranności – przy uwzględnieniu posiadanej wiedzy i umiejętności – by wyznaczony cel złagodzenia dolegliwości i poprawy stanu zdrowia został osiągnięty.

Zostałam również poinformowana, że mogę zabrać ze sobą przedmioty pomagające zrelaksować się oraz spędzić czas w sposób przyjemny. Mogą to być np. książki, smartfony, gry planszowe, kolorowanki, etc. Jak również mogę zabrać ze sobą niektóre przyrządy do ćwiczeń fizycznych np. gumy treningowe. W komorze mogę wykonywać pewne ćwiczenia fizyczne oraz że ruch i wysiłek w komorze hiperbarycznej potęguje efekt odżywiania komórek, czyniąc terapię jeszcze bardziej efektywną.

Z uwagi na powyższe wyrażam zgodę, na poddanie mnie terapii hiperbarycznej w komorze o ciśnieniu do 1.5 ATA (atmosfer absolutnych).

Dnia.....

Data i podpis

W celu prawidłowego świadczenia usługi – terapii hiperbarycznej oraz dbałości o stan zdrowia naszych Klientów, w tym w kontekście ewentualnych przeciwwskazań do świadczenia usług w określonym zakresie, GCR X-REHAB przetwarza dane osobowe Klientów, lecz aby zapewnić zgodność z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych (RODO) wymagana jest Pani/Pana wyraźna zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii, tj. danych o stanie zdrowia (art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO) . Podanie danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, lecz niezbędne jest do skorzystania z usługi terapii hiperbarycznej. Wyrażoną zgodę można w każdej chwili cofnąć, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Od momentu cofnięcia zgody, Administrator nie będzie mógł przetwarzać danych na podstawie zgody i nie będzie miał możliwości świadczenia usług, dla których przetwarzanie danych o stanie zdrowia jest niezbędne. Pełna informacja o zasadach przetwarzaniu danych osobowych i przysługujących prawach znajduje się na dole poniższego dokumentu.

***Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody** na przetwarzanie przed Administratora – GCR X-REHAB w szczególnej kategorii – informacji dot. mojego stanu zdrowia (podanych poniżej) w celu prawidłowego świadczenia usługi – terapii hiperbarycznej oraz dbałości o stan mojego zdrowia, w tym w kontekście ewentualnych przeciwwskazań do świadczenia usług w określonym zakresie.

* niepotrzebne skreślić

Dnia.....

data i podpis Klienta

KARTA PRZECIWWSKAZAŃ I ŚWIADOMEJ ZGODY NA TERAPIĘ

W celu prawidłowego świadczenia usługi – terapii hiperbarycznej oraz dbałości o stan w tym kontekście ewentualnych przeciwwskazań do świadczenia usług w określonym zakresie, informuję o przebytych chorobach oraz lekach, które zażywam, z godnie z zaleceniami lekarza*

*Proszę wyraźnie zakreślić tylko w przypadku zaistnienia danej przesłanki

PRZECIWWSKAZANIA BEZWZGLĘDNE:

1. Cięża
2. Odma samoistna (przebyta kiedykolwiek)
3. Rozedma z retencją CO₂ (przebyta kiedykolwiek)
4. Padaczka (Epilepsja)
5. Wrodzona sferocytoza
6. Aktualne przyjmowanie Bleomycyny;
7. Aktualne przyjmowanie Doksurubicyny;
8. Aktualne przyjmowanie Cisplatyny;
9. Aktualne przyjmowanie Disulfiramu;
10. Aktualne przyjmowanie Sulfamylonu;
11. Aktualne przyjmowanie Mafenide Acatale;
12. Wszelkie zabiegi chirurgiczne w obszarze klatki piersiowej, data ostatniego zabiegu:
13. Wszelkie chirurgiczne zabiegi neurologiczne , data ostatniego zabiegu:
14. Wszelkie zabiegi laryngologiczne, data ostatniego zabiegu:
15. Wszelkie zabiegi okulistyczne, data ostatniego zabiegu:
16. Gorączka powyżej 38 st w dniu wizyty;
17. Wszczepiony aparat słuchowy;
18. Rozrusznik serca;
19. Ostre stany zapalne uszu (w dniu wizyty);
20. Zapalenie nerwu wzrokowego (w dniu wizyty);
21. Zapalenie nerwu wzrokowego (w dniu wizyty) ;
22. Zaćma (nie leczona);
23. Stan wskazujący na spożycie alkoholu lub środków odurzających.

PRZECIWWSKAZANIA WZGLĘDNE – jeśli zaistniały jakiegokolwiek, w dniu wizyty:

1. Gorączka do 38 st w dniu seansu
2. Dysfunkcja Trąbki Eustachiusza
3. Klaustrofobia
4. Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)
5. Astma
6. Rozedma Płuc
7. Zapalenie górnych dróg oddechowych
8. Aparat słuchowy (bezwzględnie zdjąć przed rozpoczęciem seansu)

Dnia.....

Data i podpis