

**Imię i nazwisko:** ..... **PESEL:** .....

Przeczytaj poniższą listę potencjalnych przeciwwskazań i zaznacz właściwą opcję poprzez postawienie znaku „X”.

PYTANIE	TAK	NIE
1. choroba nowotworowa (aktualnie lub w przeszłości)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. nagła utrata masy ciała (bez uchwytniej przyczyny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. narastające osłabienie organizmu (bez uchwytniej przyczyny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. gorączka lub stan podgorączkowy (aktualnie lub w ciągu ostatnich 7 dni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. świeży uraz (złamanie, skręcenie, naderwanie mięśnia, upadek, itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. obrzęk stawu (jednego lub więcej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ból ostry (utrzymujący się poniżej 7 dni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ból stały (utrzymujący się powyżej 7 dni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ból w okolicy klatki piersiowej i/lub brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. nietrzymanie moczu i/lub stolca powiązane z bólem kręgosłupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. zaburzenia czucia nerwowego (np. drętwienie, mrowienie, ból wędrujący)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. zaburzenia kontroli równowagi i/lub krótkotrwałe utraty świadomości (bez uchwytniej przyczyny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. zaburzenia pracy układu sercowo-naczyniowego (np. nieregularne tętno, wysokie/niskie ciśnienie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. zaburzenia pracy układu hormonalnego (np. nadmiar/niedobór hormonu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. zaburzenia pracy układu oddechowego (np. duszności, kaszel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. pozostawanie pod opieką lekarza specjalisty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. zaburzenia snu (np. problem z zaśnięciem, niewysypianie się, nocne przebudzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. brak wiary w poprawę stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. niestabilność emocjonalna i zmienność nastroju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. depresja lub inne zaburzenia psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. odczuwanie silnego stresu związanego z życiem zawodowym i/lub prywatnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. inne choroby i/lub ograniczenia zdrowotne (wpisz poniżej):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		

**TAK NIE**

Oświadczam, że zgodnie z powyższym formularzem, udzieliłam/em prawdziwych informacji dotyczących aktualnego stanu zdrowia. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

Wyrażam świadomą zgodę na realizację Usługi i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach statusu zdrowia oraz moich odczuciach podczas realizacji Usługi.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o ryzyku związanym z realizacją Usługi, konsekwencjach wynikających z zaniechania wykonywania zaleconych ćwiczeń oraz ich samowolnej modyfikacji. Zostałam poinformowana/y o możliwości zastosowania alternatywnych świadczeń zdrowotnych. Rozumiem, że pozytywne efekty realizowanej Usługi nie są zagwarantowane. Znane mi są również możliwe reakcje (pozytywne i negatywne) organizmu po zrealizowaniu Usługi.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem organizacyjnym Studia Medyczno-Treningowego.

.....  
Data i czytelny podpis