



# TRE® - ĆWICZENIA UWALNIAJĄCE STRES I TRAUMĘ



Uwolnij Ciało

## Ankieta dla klienta TRE®

<i>Imię i nazwisko</i>		
<i>Data urodzenia / wiek</i>		
<i>Nr telefonu / e-mail</i>		
<i>Miejsce zamieszkania</i>		
<i>Zawód</i>		
<i>Jak pan/pani do mnie trafił(a)?</i>		
<b>Proszę opisać problemy i potrzeby z jakimi mamy pracować</b>		
<b>Główna dolegliwość (lokalizacja, charakter bólu tępy, wędrujący, promieniujący, ostry w skali 1:10)</b>		
<b>Wywiad dotyczący zdrowia</b>		
<i>Czy jest pan(i) pod stałą opieką lekarza, psychologa, fizjoterapeuty?</i>	<i>TAK</i>	<i>NIE</i>
<i>Czy przyjmuje pan(i) lekarstwa? Jeżeli tak, to jakie:</i>	<i>TAK</i>	<i>NIE</i>
<i>Czy w ostatnim roku był(a) pan(i) hospitalizowany(a) lub miał(a) operację?</i> <i>Jeżeli tak, to czego dotyczyła:</i>	<i>TAK</i>	<i>NIE</i>
<i>Proszę wymienić ew. wypadki / urazy z ostatnich lat (samochodowe, sportowe, inne):</i>          		
<i>Czy nosi pan(i) protezę zębową, szkła kontaktowe?</i>	<i>TAK</i>	<i>NIE</i>

Proszę wstawić X jeżeli występuję u pana(i) któryś z symptomów:

<input type="checkbox"/>	<i>bóle głowy</i>	<input type="checkbox"/>	<i>palpitacje</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ból, ucisk w klatce piersiowej</i>
<input type="checkbox"/>	<i>zawroty głowy</i>	<input type="checkbox"/>	<i>chroniczne zmęczenie</i>	<input type="checkbox"/>	<i>drewnienia</i>
<input type="checkbox"/>	<i>biegunki</i>	<input type="checkbox"/>	<i>lęki</i>	<input type="checkbox"/>	<i>depresja</i>
<input type="checkbox"/>	<i>bóle brzucha</i>	<input type="checkbox"/>	<i>kłopoty z trawieniem</i>	<input type="checkbox"/>	<i>bezsenna</i>
<input type="checkbox"/>	<i>obrzęki</i>	<input type="checkbox"/>	<i>żylaki</i>	<input type="checkbox"/>	<i>inne</i>

Proszę wstawić X jeżeli ma pan(i) lub podejrzewa, że ma:

<input type="checkbox"/>	<i>choroby krwi</i>	<input type="checkbox"/>	<i>choroby serca (rozrusznik)</i>	<input type="checkbox"/>	<i>choroby skóry</i>
<input type="checkbox"/>	<i>choroby układu oddechowego</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ciężę</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Zaburzenia krążenia</i>
<input type="checkbox"/>	<i>cukrzycę</i>	<input type="checkbox"/>	<i>osteoporozę</i>	<input type="checkbox"/>	<i>zaburzenia psychiatryczne</i>
<input type="checkbox"/>	<i>fibromialgię</i>	<input type="checkbox"/>	<i>padaczkę</i>	<input type="checkbox"/>	<i>zapalenia stawów</i>
<input type="checkbox"/>	<i>hiperglikemię</i>	<input type="checkbox"/>	<i>problemy z ciśnieniem</i>	<input type="checkbox"/>	<i>zapalenie wątroby</i>
<input type="checkbox"/>	<i>hipoglikemię</i>	<input type="checkbox"/>	<i>problemy ortopedyczne</i>	<input type="checkbox"/>	<i>astmę</i>
<input type="checkbox"/>	<i>HIV/AIDS</i>	<input type="checkbox"/>	<i>nowotwór</i>	<input type="checkbox"/>	<i>niepłodność</i>

Oświadczam, że wymieniłem(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



Uwolnij Ciało