

## Adatlap

**Gyermek neve:** .....

Születés helye, ideje:.....

Lakcím:.....

Anyja neve:.....

foglalkozása:..... munkahelye:.....

Tel:..... E-mail címe:.....

Apja neve:.....

foglalkozása:..... munkahelye:.....

Tel:..... E-mail címe:.....

**A panasz rövid leírása:** .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Eddigi terápiák, eredmények:** .....

.....  
.....  
.....

**Műtétek, balesetek, traumák (évszámmal):** .....

.....  
.....

**Fertőző betegségek:** .....

**Várandósság, születés körülményei:** .....

.....  
.....  
.....

**Alvási szokások:** .....

.....

**Táplálkozási szokások:** .....

.....

**Mozgásfejlődés:** .....

.....

**Beszédfejlődés:** .....

.....

**Egyéb fontos információk:** .....

.....

.....

.....

## Nyilatkozat

Az alábbi nyilatkozat aláírásával elismerem a fenti adatok valóságát. Elismerem továbbá, hogy az integrált craniosacralis terápiával kapcsolatosan minden kérdésemre teljeskörű tájékoztatást kaptam személyesen vagy a [www.cst.hu](http://www.cst.hu) honlapon található információk segítségével, a terápia hatását, mellékhatásait megismertem. Tudomásul veszem, hogy ez nem orvosi diagnózis és kezelés, és azt nem helyettesítheti. A kezelés megkezdése saját kérésemre és felelősségemre történik. Amennyiben a kezelés szempontjából fontos információ nem kerül a terapeuta tudomására, az emiatt felmerülő problémák felelőssége kizárólag engem terhel. Elfogadom, hogy a terapeuta a gyógyulás sikeréért garanciát nem tud vállalni. Elfogadom továbbá, hogy amennyiben az előre megbeszélte kezelési időpontot 24 órán belül lemondok, a kezelés árát kifizetem.

Hozzájárulok személyes adataim kezeléséhez az Adatvédelmi szabályzatban foglaltak szerint.

Kelt .....

.....

aláírás