

Adatlap

Név:

Születés helye, ideje:

Anyja neve:

Lakcím:

Tel:

E-mail cím:

Foglalkozás:

A panasz(ok) rövid leírása (évszámmal):

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

Eddigi terápiák, eredmények:

.....
.....

Műtétek, balesetek (évszámokkal):

.....

Fertőző betegségek:

Gyógyszerek:

Dohányzás, alkoholfogyasztás, drog:

Stressz:

Diéta:

Nagyobb fogászati beavatkozások (évszámmal):

.....

Nagyobb traumák (évszámmal):

.....

Szülések száma, módja (évszámmal):

.....

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 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