

ANKIETA

Imię, nazwisko:

.....

Data urodzenia:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Kontakt:

(tel, e-mail)

.....

Ogólny stan zdrowia klienta (np. choroby przewlekłe, męczące dolegliwości):

Przyjmowane leki:

Dodatkowe uwagi klienta:

Zebrane informacje są niezbędne, aby dostosować odpowiedni program aplikacji.

Magnolia Inteligentna Odnowa Biologiczna nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne działania niepożądane wynikające z zatajenia przez klienta informacji o jego stanie zdrowia.

Oświadczenie klienta:

Jestem świadomy przeciwwskazań do stosowania urządzenia.

Bezwzględne przeciwwskazania:

terapia immunosupresyjna po przeszczepie, terapia immunosupresyjna po allotransplantacji, przeszczepie szpiku kostnego lub komórek macierzystych, posiadanie aktywnych implantów medycznych (np. rozruszniki serca, defibrylatory, stymulatory mózgu, stymulatory mięśni) lub implantów przeznaczonych do podawania leków (np. pompy infuzyjne).

Zalecana konsultacja lekarska gdy u klienta występują:

gorączka o nieznanym przyczynie, choroby zakaźne, poważne zaburzenia rytmu serca, ciężkie psychozy, niekontrolowane napady padaczkowe, długotrwałe przyjmowanie leków beta-adrenolitycznych, kortykosteroidów, pochodnych kumaryny.

Należy skonsultować się z lekarzem w przypadku:

choroby nowotworowej lub innego ciężkiego schorzenia wymagającego ciągłej opieki medycznej oraz/lub przyjmowania leków, w czasie ciąży.

Nie zatajam istotnych informacji (np. zakaz od lekarza prowadzącego) o moim stanie zdrowia.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis klienta