

Proszę uważnie przeczytać kartę pacjenta. Dokładne informacje pozwolą zakwalifikować Państwa do realizacji pakietu w Columnna Medica i ułożyć najlepszy jadłospis. Proszę wypełnić dokument uzupełniając luki lub wybierając jedną z podanych odpowiedzi. Dziękujemy.

Imię i Nazwisko _____

Adres _____

Miasto _____ kod pocztowy _____

PESEL _____ numer telefonu _____

Adres e-mail _____

Data urodzenia _____ wiek _____

Miejsce urodzenia _____

Płeć _____ wzrost _____ masa ciała _____

Proszę krótko opisać swój aktualny stan zdrowia:

Czy występują u Pana/Pani choroby wymienione poniżej.

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| ☐ cukrzyca | ☐ choroby tarczycy | ☐ choroby nowotworowe |
| ☐ nadciśnienie | ☐ choroby nerek | ☐ inne |

Czy przyjmuje Pan/Pani leki lub/i suplementy diety ? Jeśli tak, proszę wymienić jakie.

Czy jest Pani w ciąży ? ☐ tak ☐ nie

Czy na co dzień stosuje Pan/Pani dietę ? Jeśli tak, proszę wymienić jaką.

Czy posiada Pan/Pani rozrusznik serca ☐ tak ☐ nie

Czy w przeciągu ostatnich 4 miesięcy stosował Pan/Pani dietę odchudającą ? Jeśli tak, proszę wypisać jaką.

Jaki jest Pana/Pani główny cel skorzystania z pakietu odchudzającego w Columnna Medica

- | | |
|--|---|
| ☐ zmniejszenie masy ciała | ☐ zmiana nawyków żywieniowych |
| ☐ oczyszczenie organizmu | ☐ poznanie zasad nawyków żywienia w chorobie towarzyszącej |

Prosimy o wybór jednej z podanych diet wstępnych, która będzie obowiązywała od przyjazdu do pierwszego spotkania z dietetykiem

- ☐ odchudzająca ☐ dieta wstępna bezglutenowa/bezmleczna ☐ dieta wstępna wegańska
- ☐ dieta wstępna lekkostrawna (o obniżonej zawartości błonnika pokarmowego i tłuszczu)

Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o klinice Columna Medica ?

- ☐ znajomi ☐ internet
- ☐ lekarz imię i nazwisko _____ specjalizacja _____
- ☐ inne _____

Dietetyk Columna Medica zaleca przed rozpoczęciem pakietu odchudzającego w Columna Medica

1. Prowadzenia dzienniczka żywieniowego min 3 dni (zapisywanie wszystkich posiłków wraz z ilościami i podziałami na artykuły.
2. Zabranie z sobą aktualnych wyników badań laboratoryjnych oraz dokumentacji medycznej.

Prosimy podać przybliżony czas przyjazdu.

- ☐ PRZYJAZD DO GODZINY 15.00
proszę o zaplanowanie pierwszych
zabiegów/konsultacji od godziny
16.00 w dniu przyjazdu
- ☐ PRZYJAZD PO GODZINIE 15.00
proszę o zaplanowanie pierwszych
zabiegów/konsultacji w dniu następnym

Dodatkowe informacje, o których chciałby Pan / chciałaby Pani nas poinformować:

OŚWIADCZENIE PACJENTA O PRAWDZIWOŚCI PRZEKAZYWANYCH INFORMACJI

Niniejszym oświadczam, iż:

- wszelkie informacje podane w procesie kwalifikacyjnym do pobytu odchudzającego w szczególności w niniejszym formularzu wstępnej kwalifikacji a dotyczące mojego stanu zdrowia/stanu zdrowia pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym /opiekunem faktycznym, są w pełni prawdziwe;
- nie zataiłem/am żadnych okoliczności dotyczących mojego stanu zdrowia/ stanu zdrowia pacjenta, którego jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem faktycznym;
- zostałem poinformowany o możliwości braku podjęcia leczenia oraz możliwości odstąpienia od leczenia przez lekarza w przypadku utraty zaufania do pacjenta i przedstawianych przez niego istotnych informacji, w szczególności dotyczących stanu zdrowia, mających wpływ na bezpieczeństwo procesu leczenia.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

.....
imię i nazwisko

.....
dzień, miejscowość

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Panią/Pana, że:

- Administratorem Pani/a Danych jest: COLUMNNA MEDICA sp. z o.o. sp. k. z siedzibą: ul. Wakacyjna 8, 98-100 Łask
- Dane kontaktowe Administratora Danych: kontakt@columnamedica.com
- Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu: Wypełnienia formularzu wstępnej kwalifikacji do fizjoterapii i późniejszego leczenia.
- Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: Udzielona przez Panią/Pana zgoda.
- Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów: Pani/Pana dane nie są przekazywane innym podmiotom niewymienionym w przepisach prawa. Pani/Pana dane nie są przekazywane do żadnego państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane będą przechowywane do momentu wycofania zgody.
- Ma Pani/Pan prawo do: Pani/Pana dane będą przechowywane do momentu wycofania zgody.
 - dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
 - usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- Podane przez Panią/Pana dane są: Przetwarzane na podstawie udzielonej zgody. Nie podanie danych skutkuje brakiem możliwości zakwalifikowania Pani/a do fizjoterapii oraz późniejszego leczenia.
- Pani/Pana dane: Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji ani profilowaniu.

WYRAŻENIE ZGODY

Administratorem Danych jest: COLUMNNA MEDICA sp. z o.o. sp. k. z siedzibą: ul. Wakacyjna 8, 98-100 Łask. Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, art. 7, art. 8 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) **wyrażam/nie wyrażam** zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wypełnienia formularza wstępnej kwalifikacji do fizjoterapii oraz późniejszego leczenia.

Zgodnie z art. 7 ust. 3 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zostałem/am poinformowany/a o prawie do wycofania zgody w dowolnym momencie. Nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania w okresie od momentu wyrażenia zgody do chwili jej wycofania.

.....
podpis osoby składającej wyrażenie zgody