



Όνομα:	Γένος:
Διεύθυνση:	Ημ/νια Γέννησης:
Πόλη:	Τ.Κ.:
Τηλ.:	Κιν.:
Ηλ/διεύθυνση.:	Επάγγελμα:
Κατάσταση σχέσης:	Παιδιά:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΕΚΤΑΚΤΗΣ ΑΝΑΓΚΗΣ

Όνομα:	
Τηλ.:	Σχέση με εσάς:
Προσωπικός Ιατρός:	Όνομα:

ΓΕΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ (ΟΛΟΙ ΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ)

Αυτή η ενότητα σχετίζεται με το γενικό ιστορικό υγείας σας, τα τρέχοντα συμπτώματα, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τις αλλεργίες και άλλες καταστάσεις υγείας. Ο λόγος για τον οποίο υποβάλλουμε αυτές τις ερωτήσεις είναι για να μας παράσχετε με όλες τις σχετικές πληροφορίες που θα μπορούσαν να σας επηρεάσουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας την οποία συναινείτε να παρακολουθήσετε. Σε περίπτωση ιατρικής έκτακτης ανάγκης, αυτές οι πληροφορίες μπορεί επίσης να είναι πολύ σημαντικές για την επαγγελματική ιατρική σας περίθαλψη. Δεν είναι υποχρεωτικό να παρέχετε αυτές τις πληροφορίες, αλλά εάν επιλέξετε να τις παρέχετε, θα βοηθήσει εμάς, και οποιοδήποτε θεράποντα ιατρό ή ειδικό, να σας υποστηρίξει.

Γενικό Ιστορικό Υγείας (αριθμείστε τυχόν σημαντικά σωματικά/συναισθηματικά/ψυχικά περιστατικά, αλλεργίες, ασθένειες ή αρρώστιες και το χρόνο που συνέβησαν):

Τρέχοντα συμπτώματα:

Είστε έγκυος;

Όχι Ναι

Έχετε ή είχατε ποτέ Ηπατίτιδα Α, Β ή Γ, HIV/AIDS, ή οποιαδήποτε άλλη μολυσματική ασθένεια;

Όχι Ναι — Εάν Ναι:

Συνταγογραφούμενα φάρμακα και συμπληρώματα (αριθμείστε όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και συμπληρώματα που λαμβάνετε αυτή τη στιγμή):

Παίρνετε ή έχετε πάρει:

Βαρφαρίνη Διουρητικά φάρμακα Φάρμακα πίεσης

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΣΥΝΑΙΝΩ: *Επιλέξτε ποιά από τα παρακάτω ισχύουν.

Συναινώ στο να λάβω τις παρακάτω πρακτικές:

Εσωτερική Θεραπεία/Εσωτερική Άσκηση Σώματος (συμπεριλαμβανομένου μασάζ) Εσωτερική Γιόγκα
 Εσωτερική Θεραπεία Συνδετικού Ιστού Εσωτερική Νύξη-τσάκρα

Δείτε στην επόμενη σελίδα

ΤΙ ΚΑΤΑΝΟΩ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΟΥ

- Υπογράφοντας αυτή τη φόρμα, δηλώνω ότι κατανοώ και αποδέχομαι τα παρακάτω:
- Η Εσωτερική Θεραπεία, η Εσωτερική Άσκηση Σώματος και η Εσωτερική Θεραπεία Συνδετικού Ιστού είναι ήπιες χειρονακτικές τεχνικές που μπορεί να περιλαμβάνουν μασάζ (επαφή) απευθείας πάνω στο δέρμα.
 - Η Εσωτερική Νύξη-τσάκρα είναι μία ήπια τεχνική με πολύ λεπτές βελόνες που διαπερνούν το δέρμα σε βάθος μόλις 0.2-0.4μμ, και δεν είναι βελονισμός.
 - Μπορώ να κάνω ερωτήσεις ανά πάσα στιγμή σχετικά με τη θεραπεία που μου παρέχεται.
 - Οι θεράποντες σε αυτή την κλινική δεν είναι ειδικευμένοι στο να παρέχουν ιατρική διάγνωση και καμία πρακτική ή υπηρεσία που παρέχεται σε αυτή την κλινική δεν προσφέρει θεραπεία ή άλλη εναλλακτική λύση στην ιατρική περίθαλψη.
 - Κατανοώ και αποδέχομαι ότι πρέπει να συμβουλευτώ έναν εγγεγραμμένο ιατρό σε περίπτωση οποιασδήποτε ασθένειας ή πάθησης ή εάν τα συμπτώματα επιμένουν.
 - Οι θεραπείες του οργανισμού Universal Medicine βασίζονται στην Αιώνια Σοφία, είναι συμπληρωματικές στην ιατρική και δεν έχουν δοκιμαστεί σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές συμβατές με CONSORT2010.
 - Μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεσή μου για θεραπεία ανά πάσα στιγμή γραπτώς σε αυτήν την κλινική.
 - Αποδέχομαι την πλήρη ευθύνη για τη/τις θεραπεία/ες που έχω συμφωνήσει με τον/τους θεράποντα/ες.

ΟΙ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΜΟΥ

- Εάν έχω οποιαδήποτε τρέχουσα ασθένεια ή τραυματισμό, έστω και ήσσονος σημασίας, καταλαβαίνω ότι είναι δική μου ευθύνη να το γνωστοποιήσω στον θεράποντα πριν τη συνεδρία και να λάβω ιατρική βοήθεια.
- Κατανοώ και συμφωνώ ότι η παρουσία μου και η συμμετοχή μου σε μία συνεδρία σε αυτήν την κλινική είναι με δική μου ευθύνη και ότι, στο μέγιστο βαθμό που επιτρέπεται από το νόμο, αυτή η κλινική και οι θεράποντες σε αυτήν την κλινική δεν θα ευθύνονται είτε για αμέλεια είτε για οποιοδήποτε τραυματισμό ή άλλη απώλεια ή ζημία οποιασδήποτε περιγραφής που υπέστη εγώ ή οποιοσδήποτε άλλος ως άμεση ή έμμεση συνέπεια της παρουσίας μου ή της συμμετοχής σε συνεδρία σε αυτήν την κλινική.

Η ΣΥΝΕΝΑΙΣΗ ΜΟΥ: *Παρακαλώ σημειώστε με ν εάν συμφωνείτε και με χ ό,τι δεν ισχύει.

Υπογράφοντας αυτή τη φόρμα, όσον αφορά στο προσωπικό και ιατρικό μου ιστορικό, συναινώ:

- Στην επεξεργασία του για το σκοπό της θεραπείας μου, της διαχείρισης και διοίκησης της κλινικής αυτής, τόσο στη χώρα μου, όσο και σε άλλες χώρες, όπως θεωρηθεί απαραίτητο.
- Στο να συζητηθεί με άλλους ασκούμενους, συμπεριλαμβανομένου και χωρίς περιορισμό, του γενικού ιατρού μου, με σκοπό να επανεξεταστεί η ποιότητα της φροντίδας που μου παρέχεται: να διαβιβαστεί γραπτώς ή προφορικώς σε παραπεμφθέντα θεράποντα, εάν θεωρηθεί ότι μια τέτοια παραπομπή είναι για το συμφέρον μου, αφού πρώτα συζητηθεί μια τέτοια παραπομπή μαζί μου.
- Συναινώ στο προσωπικό και ιατρικό μου ιστορικό να συζητηθεί ανώνυμα με άλλους θεράποντες για σκοπούς έρευνας και ανάπτυξης υπηρεσιών και πρακτικών που παρέχονται σε αυτή την κλινική, συμπεριλαμβανομένου και χωρίς περιορισμό της ενσωμάτωσής τους με τη συμβατική ιατρική προς όφελος γενικά των ανδρών και των γυναικών.

Η ΣΥΝΕΝΑΙΣΗ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ:

- Υπογράφοντας αυτή τη φόρμα:
- Συναινώ στην αρχική και σε επόμενες συνεδρίες με τον/τους θεράποντα/ες με τον/ους οποίο/ους έχω κλείσει ραντεβού να δω.
 - Έχω διαβάσει, κατανοήσει και συμφωνήσει με όλες τις πτυχές αυτής της φόρμας (εκτός από όποια διαγράφηκε και μονογραφήθηκε από μένα) και συναινώ σε θεραπείες με τον επιλεγμένο θεράποντα και άλλους θεράποντες αυτής της κλινικής όπως συμφωνήθηκε από εμένα με βάση τους όρους που περιγράφονται σε αυτή τη φόρμα.
 - Συμφωνώ ότι αυτή η φόρμα συνέναισης θα παραμείνει ενεργή για μελλοντικές επισκέψεις και άλλες μορφές συνεδρίας ή συμβουλής σε αυτή την κλινική, εκτός εάν ενημερώσω διαφορετικά την κλινική γραπτά.
 - Αναγνωρίζω και συμφωνώ ότι αυτή η κλινική και ο κάθε θεράποντας σε αυτή την κλινική διατηρούν από κοινού και εξ'ολοκλήρου το δικαίωμα να απορρίψουν την οποιαδήποτε κράτηση, συμπεριλαμβανομένης και της δικής μου, για συμμετοχή σε οποιαδήποτε συνεδρία, τώρα ή αργότερα ή να ζητήσουν από οποιονδήποτε πελάτη (συμπεριλαμβανομένου και εμένα) να αποχωρήσει από την οποιαδήποτε συνεδρία ανά πάσα στιγμή, και για τον οποιοδήποτε λόγο θεωρήσουν εκείνοι κατάλληλο.

Βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχω παράσχει παραπάνω είναι ακριβείς και πλήρεις από όσο γνωρίζω και ότι, όπου έχω αποκαλύψει πληροφορίες σχετικά με τις ιατρικές μου καταστάσεις και τα τρέχοντα φάρμακα, αυτή η αποκάλυψη είναι πλήρης και ακριβής.

Υπογραφή:

Ημ/νια:

Παρακαλείσθε να αναφέρετε εάν υπογράφετε ως γονέας ή κηδεμόνας: ¹: Γονέας Κηδεμόνας

Υπογραφή μεταφραστή (εάν χρειάζεται):

Ημ/νια:

¹ Σημειώστε ότι εάν υπογράφετε ως γονέας, κηδεμόνας ή μεταφραστή, υπογράφοντας αυτή τη φόρμα καταλαβαίνετε ότι δηλώνετε ότι έχετε ενημερωθεί πλήρως το άτομο που φροντίζετε ή για το οποίο ερμηνεύετε για όλες τις πληροφορίες που περιγράφονται σε αυτή τη φόρμα.

ΌΝΟΜΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ: