

nr

Imię i nazwisko: data urodzenia:

Kontakt (nr. tel. lub adres e-mail)

Główna dolegliwość:

Czas trwania dolegliwości: NRS (0-10):

Kiedy dolegliwości się nasilają:

Kiedy dolegliwości się zmniejszają:

Jak dotychczas przebiegało leczenie:

Przyjmowane leki:

Przyczyna dolegliwości (wg. Lekarza):

Aktywność fizyczna, relaks, sporty ekstremalne (opcjonalnie).....

Oświadczenie pacjenta: Oświadczam, że informacji o swoim stanie zdrowia udzieliłem/udzieliłam zgodnie z prawdą i nie posiadam wiedzy o żadnych dodatkowych dolegliwości. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez masażystę Pan Kien Dang Sy w celu prowadzenia dokumentacji i realizacji usług masażu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO). Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO i przysługującymi mi prawami.

data i podpis pacjenta

[illegible]

