**ANKIETA NA TEMAT STANU ZDROWIA**

Wszystkie podane informacje są objęte poufnością i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią prosimy o kontakt z recepcją.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do przeprowadzenia we właściwy sposób konsultacji w ramach Tradycyjnej Medycyny Chińskiej (dalej w skrócie :TCM) oraz możliwego zalecenia przez specjalistę TCM zabiegów terapeutycznych w zakresie działalności paramedycznej.

……..……………………………………..…………………………. Wiek……………………….

Nazwisko, imię

Dane do kontaktu:

Telefon ………………………………… Adres………………..………………………………… E-mail ………………………………

Czy czuje się Pan(i) ogólnie zdrowy(a)? TAK 🞎 NIE 🞎

Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak to z jakiego powodu: …………………………………………………………………………………………………

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak to na co: …………………………………………………………………………………………………………………..

Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki/suplementy diety/zioła? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak to jakie: …………………………………………………………………………………...……………………………..

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak to na co: …………………………………………………………………………………………………………………..

Czy występują u Pana(i):

duszność TAK 🞎 NIE 🞎 obrzęki TAK 🞎 NIE 🞎

pokrzywka TAK 🞎 NIE 🞎 swędzenie TAK 🞎 NIE 🞎

Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK 🞎 NIE 🞎

Czy miał(a) Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK 🞎 NIE 🞎

Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? TAK 🞎 NIE 🞎

Czy choruje lub chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?

W przypadku zaznaczenia „TAK” proszę podkreślić daną chorobę wymienioną w nawiasie.

**choroby serca** (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa,

wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) TAK 🞎 NIE 🞎

**innechoroby układu krążenia** (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby naczyń krwionośnych** (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn,

bóle podudzi przy chodzeniu) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby płuc** (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby układu pokarmowego** (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby wątroby** (kamica, żółtaczka, marskość wątroby) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby układu moczowego** (zapalenie nerek, kamica nerkowa,

trudności w oddawaniu moczu) TAK 🞎 NIE 🞎

**zaburzenia przemiany materii** (cukrzyca, dna moczanowa)TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby tarczycy** (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby układu nerwowego** (padaczka, niedowłady, utraty przytomności,

porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby układu kostno-stawowego** (bóle korzonkowe,

zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby krwi i układu krzepnięcia** (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych,

krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby oczu** (jaskra) TAK 🞎 NIE 🞎

**zmiany nastroju** (depresja, nerwica) TAK 🞎 NIE 🞎

**choroby zakaźne** TAK 🞎 NIE 🞎

żółtaczka zakaźna A TAK 🞎 NIE 🞎 AIDS TAK 🞎 NIE 🞎

żółtaczka zakaźna B TAK 🞎 NIE 🞎 gruźlica TAK 🞎 NIE 🞎

żółtaczka zakaźna C TAK 🞎 NIE 🞎 ch. weneryczne TAK 🞎 NIE 🞎

**choroba reumatyczna** TAK 🞎 NIE 🞎

**osteoporoza** TAK 🞎 NIE 🞎

**inne dolegliwości:** jakie? ………………………………………………………..………………………………………………………..

Jaki był ostatni pomiar ciśnienia krwi?…………………………………………………………………………………………………

Czy był(a) Pan(ani) już kiedyś operowany(a) TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu: ……………………………………………………………………………………….

Czy dobrze zniósł(a) Pan(i) znieczulenie? TAK 🞎 NIE 🞎

Czy miał(a) Pan(i) przetaczaną krew? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak to kiedy i z jakiej przyczyny: ……………………………………………………………………………………….

Czy pali Pan(i) tytoń? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak, to ile i od kiedy: …………….………………………………………………………………………………………..

Czy pije Pan(i) alkohol? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak, proszę podać przybliżoną częstotliwość i ilość:………………………………………………………………

Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak to jakie: ……………….………………………………………………………………………………………………….

Czy w Pana(i) najbliższej rodzinie występują następujące choroby: nowotwory, choroby serca, udary, schorzenia o podłożu psychicznym, choroby genetyczne (proszę podkreślić i wyjaśnić) TAK 🞎 NIE 🞎 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak, to na co? (w szczególności alkohol) …………………………………………………….………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Pytania dotyczące kobiet:**

Czy jest Pani w ciąży? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak, to w którym miesiącu: ………………………………………………………………………………………………

Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? …………………………………………………………………………………………..

Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak, to w jakiej formie (tabletki, plastry etc.) :…………………………………………………………………….

Czy Pani rodziła? TAK 🞎 NIE 🞎

Jeśli tak, proszę podać daty porodów:…………………………………………………………………………………….

Proszę krótko opisać swoje zwyczaje żywieniowe (regularność i wielkość posiłków, skład posiłków, dieta etc.) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę krótko opisać prowadzoną aktywność fizyczną (rodzaje uprawianych sportów, regularność, etc.)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**Oświadczam, że odpowiedziałam/em na zadawane mi w ankiecie pytania zgodnie z prawdą**

**i nie zataiłam/em żadnej informacji o stanie mojego zdrowia.**

…….……………………… ………………………………………………………....………………….

data czytelny podpis pacjenta

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Administratorem danych osobowych jest: EUROPEJSKO-AZJATYCKA FUNDACJA EDUKACJI BIZNESOWEJ z siedzibą pod adresem: Orlich Gniazd 63, 32-088 Grębynice, adres strony internetowej: www.eafbe.org, adres e-mail: biuro@eafbe.pl, numer telefonu12 389 87 48, wpisana do rejestru przedsiębiorców i rejestru stowarzyszeń Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000201917, numer NIP: 6762261713, REGON: 356821280, której akta rejestrowe przechowywane są w Sądzie Rejonowym dla Krakowa -Śródmieścia, w XII Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego, prowadząca działalność paramedyczną w Europejsko-Azjatyckim Centrum Tradycyjnej Medycyny Chińskiej. (pod adresem: ul. Franciszka Bujaka 15, 30-611 Kraków, REGON: 35682128000021).

Masz prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jeżeli Twoje dane są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.

Dane będą przetwarzane w celu świadczenia przez Administratora usług z zakresu działalności paramedycznej -Tradycyjnej Medycyny Chińskiej.

Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości wykonania usługi.

Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowy ch jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Podstawą przetwarzania danych w zakresie, jaki jest to niezbędne dla ochrony żywotnych interesów osoby fizycznej, może być również art. 6 ust. 1 lit. d RODO. W zakresie, w jakim przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 9 ust. 2 lit.a i c RODO.

Posiadane dane osobowe zabezpieczamy przed niepowołanym dostępem osób trzecich. Dostęp do dokumentacji zawierającej dane osobowe posiadają tylko uprawnione osoby i tylko w niezbędnym zakresie, zaś dostęp do systemów realizowany jest poprzez unikalny identyfikator i zabezpieczony jest hasłem dostępu.

Odbiorcami danych osobowych są specjaliści TCM oraz pracownicy i personel Europejsko-Azjatyckiego Centrum Tradycyjnej Medycyny Chińskiej.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Administrator nie będzie stosował zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

Dane osobowe zawarte w ankiecie na temat zdrowia oraz udostępnionej dokumentacji medycznej będą przechowywane do czasu zakończenia ustalonego cyklu zabiegów terapeutycznych, ale nie dłużej niż przez 1 miesiąc od dnia wypełnienia ankiety (po tej dacie ankieta wymaga aktualizacji). Po upływie wskazanych okresów Administrator zniszczy dokumentację (usuwa dane w formie elektronicznej) w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dane dotyczą.

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany(a) ………………………………………………………….. po zapoznaniu się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie na temat stanu zdrowia oraz udostępnionej przeze mnie dokumentacji medycznej w celach związanych ze świadczeniem usług w zakresie działalności paramedycznej przez Europejsko-Azjatyckie Centrum Tradycyjnej Medycyny Chińskiej zgodnie z przepisami RODO, tj. 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 (Dz. Urz. UE L 119, s. 1)

…….……………………… ………………………………………………………....………………….

data czytelny podpis pacjenta

**ZGODA NAZABIEGI PARAMEDYCZNE**

Ja, niżej podpisany(a) ………………………………………………………….. oświadczam, iż wyrażam zgodę na wykonanie stosownych zabiegów terapeutycznych (w tym akupunktura, leczniczy masaż chiński, moksa, bańki chińskie etc.), zaleconych przez prowadzącego specjalistę TCM oraz innych specjalistów Europejsko-Azjatyckiego Centrum Tradycyjnej Medycyny Chińskiej z zakresu działalności paramedycznej.

…….……………………… ………………………………………………………....………………….

data czytelny podpis pacjenta

.