# Dolphin MPS alkalom

## Adatlap és beleegyező nyilatkozat

Yvette Farkas | Altos, Paraguay

Kérlek, töltsd ki ezt a rövid adatlapot, és küldd el nekem WhatsAppon az első alkalom előtt. Kitöltheted telefonon vagy számítógépen, vagy kinyomtathatod, és küldhetsz róla egy fényképet. Az általad megosztott adatokat bizalmasan kezelem, és kizárólag az alkalmak előkészítésére és lebonyolítására használom.

### 1. RÓLAD

Teljes név

WhatsApp / telefonszám

E-mail (nem kötelező)

Értesítendő személy vészhelyzetben (név, telefonszám)

Háziorvos vagy más egészségügyi szakember (nem kötelező)

Honnan hallottál erről a szolgáltatásról?

Megfelelő időpontok (jelöld be, amelyik jó): ☐ Keddtől péntekig, 13–17 óra ☐ Szombat, 16–18 óra

Kívánt nap és időpont (például csütörtök 14 óra)

### 2. MIBEN SEGÍTHETEK?

Ez érdekel: ☐ Hegoldás ☐ Támogatás sérülés utáni felépüléshez ☐ Mindkettő

Hol van a heg vagy az érintett terület, hogyan keletkezett, és mennyi ideje?

A műtét vagy a sérülés hozzávetőleges időpontja

Miben szeretnél segítséget? (például feszülés, érzékenység, húzó érzés, korlátozott mozgás, kellemetlen érzés)

Teljesen zárt a heg, a fertőzés jelei nélkül? ☐ Igen ☐ Nem ☐ Nem tudom

Megvizsgálta orvos vagy gyógytornász a heget vagy a sérülést? ☐ Igen ☐ Nem

Ha igen, mit mondott? (nem kötelező)

## 3. EGÉSZSÉG ÉS BIZTONSÁG

Kérlek, minden kérdésre válaszolj igennel vagy nemmel.

| | | |
|---|---|---|
| Terhes vagy, vagy lehetséges, hogy terhes vagy? | ☐ Igen | ☐ Nem |
| Van pacemakered vagy más beültetett elektronikus eszközöd? | ☐ Igen | ☐ Nem |
| Volt valaha stroke-od vagy görcsrohamod, akár csak egyszer vagy régen? | ☐ Igen | ☐ Nem |
| Van nyílt seb vagy fertőzés a kezelendő területen? | ☐ Igen | ☐ Nem |
| Van daganat a kezelendő területen vagy annak közelében? | ☐ Igen | ☐ Nem |

Van még valami az egészségeddel vagy a szedett gyógyszereiddel kapcsolatban, amiről tudnom kell?

A Dolphin MPS-t nem alkalmazom terhesség alatt, pacemakerrel vagy más beültetett elektronikus eszközzel élőknél, a nyak elülső részén, a szájban, nyílt sebeken vagy fertőzött területeken, illetve daganattal érintett területeken. Ha a fenti kérdések bármelyikére igennel válaszoltál, felveszem veled a kapcsolatot, és foglalás előtt átbeszéljük. Egyes egyéb állapotok előzetes orvosi jóváhagyást igényelnek.

## 4. BELEEGYEZÉS

- Az általam megadott információk legjobb tudomásom szerint igazak. Ha az alkalmak előtt vagy között bármi változik, jelzem Yvette-nek.
- A Dolphin MPS kiegészítő terápia. Nem orvosi és nem gyógytornász-szolgáltatás, és nem tartalmaz diagnózist. Az egyéni reakciók eltérőek.
- Nem helyettesíti az orvosi diagnózist vagy a szükséges kezelést. Friss, súlyos vagy még nem diagnosztizált panasz esetén felkeresem az orvosomat vagy más egészségügyi szakembert.
- Az intenzitást a komfortérzetemhez igazítják, és bármikor kérhetem a szünetet vagy a kezelés leállítását.
- Az alkalmakat előre kell kifizetni PayPalon, Wise-on vagy paraguayi bankszámlára történő átutalással. Az időpontom a fizetés beérkezésével válik véglegessé.
- Legalább 48 órával előtte jelezve díjmentesen áttehetem az időpontot, vagy visszakapom az összeget, a PayPal-, Wise- vagy banki átutalási díjak levonásával. 48 órán belüli lemondás esetén a befizetett összeg nem jár vissza.

A teljes neved beírása aláírásnak számít, amikor WhatsAppon vagy e-mailben elküldöd ezt az adatlapot.

Teljes név (nyomtatott betűkkel vagy begépelve)

Dátum

*Köszönöm! WhatsApp-üzenetben visszaigazolom, hogy megkaptam az adatlapot.*