



## ADATLAP

### A RÉSZ: SZEMÉLYES ADATOK

TELJES NÉV: \_\_\_\_\_

CÍM: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_

SZÜLETÉSI DÁTUM: \_\_\_\_\_

SZÜLETÉSI HELY: \_\_\_\_\_

VÉRCSOPORT (ha tudod): \_\_\_\_\_

FOGLALKOZÁS: \_\_\_\_\_

HÁZIORVOS (név és telefonszám): \_\_\_\_\_

ÉRTESÍTENDŐ SZEMÉLY VÉSZHELYZETBEN (név és telefonszám): \_\_\_\_\_

HONNAN HALLOTTÁL RÓLUNK? \_\_\_\_\_

A JELENTÉS NYELVE: Magyar ☐ Angol ☐

## B RÉSZ: EGÉSZSÉGÜGYI ELŐZMÉNYEK ÉS JELENLEGI PANASZOK

1) A felmérés fő oka (mit szeretnél kapni az elemzéstől):

---

2) Mióta foglalkoztat ez a probléma? (napok, hetek, hónapok, évek):

---

3) Korábbi kezelések:

---

4) Jelenleg orvos vagy terapeuta kezel? IGEN ☐ NEM ☐

5) Milyenek értékeled a jelenlegi egészségi állapotodat?

KIVÁLÓ ☐ JÓ ☐ KÖZEPES ☐ ROSSZ ☐

*Az alábbi információk segítenek olyan felmérési paramétereket kialakítani, amelyek a legjobban támogatják az igényeidet. Válaszolj legjobb tudásod szerint, és jelezd, ha (az alkalmak alatt vagy között) bármi változik.*

6) Érvényesek rád az alábbi egészségügyi helyzetek (a múltban vagy most)? Jelöld az IGEN vagy NEM választ; ha IGEN, add meg a részleteket és a dátumo(ka)t.

| Egészségügyi helyzet                                                         | Érvényes?                                                     | Dátum(ok) | Részletek |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Van fém a testedben? (szegek, csavarok stb.)                                 | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Volt valaha stroke-od vagy epilepsziás rohamod?                              | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Van pacemakered?                                                             | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Van ismert érzékenységed az elektromágnesességre?                            | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Várandós vagy, vagy lehetséges, hogy az vagy?                                | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Ér- vagy keringési problémák, hideg végtagok (hideg kéz, láb)?               | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Fertőzés vagy visszatérő fertőzések az előzményekben?                        | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Daganat/rák, tumorok vagy degeneratív betegségek, például ízületi gyulladás? | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Veleszületett, örökletes vagy születés óta fennálló rendellenesség?          | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Endokrin/hormonális vagy mirigyproblémák?                                    | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |

| Egészségügyi helyzet                                                                                                | Érvényes?                                                     | Dátum(ok) | Részletek |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Bármilyen bőrp probléma? Pl. ekcéma, pikkelysömör                                                                   | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Érzékszervi problémák (látás, hallás, ízlelés, tapintás, szaglás)?                                                  | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Kedvezőtlen reakció túlzott páratartalomra, hőségre, hidegre, szárazságra, szélre vagy sugárzásra?                  | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Ismert kitettség rovarirtóknak, gyomirtóknak, ipari mezőgazdasági vegyszereknek?                                    | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Ismert kitettség nehézfémeknek?                                                                                     | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Ismert kitettség sugárzásnak vagy diszharmonikus elektromágneses mezőknek?                                          | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Távolítottak el valamilyen szervet (a fogakat is beleértve)? Kérlek, sorold fel.                                    | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Van fém- vagy amalgámtömésed (az elmúlt egy évben eltávolítottakat is beleértve)?                                   | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Van ismert (vagy gyanított) allergiád vagy érzékenységed? Kérlek, sorold fel.                                       | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Voltak korábban súlyos sérüléseid vagy műtéteid (az érzelmi traumákat is beleértve)? Add meg a hozzávetőleges évet. | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Volt olyan súlyos fertőzésed, amely miatt ágyban feküdtél, lázas voltál vagy antibiotikumot szedted?                | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Szedted szteroidot vagy antibiotikumot az elmúlt 2 évben?                                                           | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Szedsz jelenleg gyógyszert (a gyógynövényeket is beleértve)?                                                        | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |
| Szedsz étrend-kiegészítőt?                                                                                          | Igen <input type="checkbox"/><br>Nem <input type="checkbox"/> |           |           |

## C RÉSZ: ÉLETMÓD ÉS ÉRZELMI EGYENSÚLY

### Stressz

- Személyes stresszszinted 0–10 között (10 a legmagasabb):  

---
- Sorold fel a fő stresszforrásokat (munka, család, otthon, rokonok, érzelmek stb.):  

---

### Étrend

- Melyik íz vonz általában? (édes, sós, keserű, fanyar, savanyú, semleges):  

---
- Hány cukros terméket fogyasztasz hetente (üdítők, fagylalt, kenyér, tészta stb.)?  

---
- Átlagosan hány alkoholos italt iszol hetente?  

---
- Hány csésze kávé, teát vagy koffeintartalmú terméket (csokoládé) fogyasztasz naponta?  

---
- Milyen étrendet követsz, milyen ételeket eszel?  

---
- Hány pohár vizet iszol naponta?  

---
- Van bármilyen étkezési problémád vagy megszorításod (pl. laktóz- vagy gluténérzékenység)?  

---

### Mozgás

- Hetente hányszor mozogsz legalább 20 percig?  

---

### Alvás

- Hány órát alszol éjszakánként?  

---
- Kipihenten ébredsz?  

---

### Érzelmek

- Vannak érzelmi nehézségeid (pl. depresszió, szorongás, tartós düh vagy harag)?  

---
- Nehézségeid vannak az önbecsüléssel?  

---
- Hajlamos vagy a negatív gondolkodásra?  

---
- Milyen érzéseket élsz át az idő nagy részében?  

---

- Hogyan nyugtatod meg magad, vagy hogyan nyered vissza az egyensúlyodat, ha felzaklatott vagy?
- 

### Függőségek

- Van függőséged drogtól, alkoholtól, dohányzástól vagy mástól (ha igen, kérlek, részletezd)?
- 

### Életcélok, küldetés és kiteljesedés

- Vannak céljaid vagy hobbijaid, amelyek inspirálnak és kiteljesítenek?
- 
- Van jó támogató hálózatod pozitív családtagokból vagy barátokból?
- 
- Az ideális életedet éled, vagy közel vagy hozzá?
- 
- Mit mondanának a barátaid és a családot, miben vagy jó?
- 
- Mit szeretnél leginkább megváltoztatni vagy átalakítani az életedben?
- 
- Mi ad neked energiát? Csendes, egyedül töltött időre van szükséged, vagy arra, hogy másokkal kapcsolódj?
- 
- Miből szeretnél kevesebbet az életedben?
- 
- Miből szeretnél többet az életedben?
- 
- Milyen örökséget szeretnél hagyni a világban?
- 
- A lelked küldetését éled? Ha nem, mi akadályoz ebben?
- 
- Kik azok az emberek az életedben, akik a legtöbb örömet és boldogságot hozzák?
- 
- Mi a három legfontosabb célod erre az évre?
- 

## D RÉSZ: BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

- Az adatlapon megadott információk igazak, legjobb tudásom szerint.
- Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatást nyújtó személy nem allopatias orvos, és nem is tünteti fel magát annak. Jóllelti tanácsadó és biofeedback/biorezonancia-technikus.
- Tudomásul veszem, hogy a technikus szolgáltatásai nem allopatiasak, hanem kizárólag viselkedési, stresszkezelési vagy biofeedback jellegűek.
- A „beteg” szó bármilyen előfordulása ebben a frekvencia-kiegyensúlyozásban kizárólag a biorezonancia szakkifejezéseiből ered, és semmiképpen nem jelenti azt, hogy a kliens orvosi értelemben beteg.
- Tudomásul veszem, hogy a technikus egy természetes egészség- és jóléti rendszer keretein belül dolgozik, biofeedback és stresszcsökkentés alkalmazásával.

- Tudomásul veszem, hogy a technikus nem kínál allopatias gyógyszereket, műtétet, kémiai serkentőszereket vagy más hagyományos kezelést. Nem diagnosztizál, nem kezel és nem ír fel semmit semmilyen betegségre, állapotra vagy kórra, és a mérés az én jólléti és stresszparamétereimre vonatkozik.
- A biofeedback-technikus szolgáltatásait jóhiszeműen kértem, szabad akaratomból és saját lelkiismeretem szerint, amely lehetővé teszi, hogy azt válasszam, amit az egészségem számára a leghasznosabbnak tartok.
- Szabad akaratomból kérem e vállalkozás és a technikus véleményét olyan dolgokról és helyzetekről is, amelyek elősegíthetik a jó egészségemet; az én döntésem, hogy ezeket az ötleteket vagy javaslatokat bármikor elfogadom és alkalmazom-e.
- Ha olyan szolgáltatást szeretnék, amelyet a biofeedback-technikus nem nyújt, ami az én jogom, tudomásul veszem, hogy azt máshol kell igénybe vennem. Ilyen szolgáltatásokhoz ajánlás kérhető.
- Jelenleg tanácsot, véleményt, biofeedbacket, nézőpontokat és/vagy programokat kérek a technikus jólléti és stresszcsökkentő gyakorlatának keretein belül. Ennek teljes tudatában felhatalmazom a biofeedback-technikust, hogy biofeedback-alapú stresszértelmezést és frekvencia-kiegyensúlyozást végezzen.
- Tudomásul veszem, hogy a technikus által nyújtott szolgáltatásokat az allopatias orvosok és más hagyományos egészségügyi szakemberek általában nem fogadják el és/vagy nem ajánlják. Tudom, hogy a biztosító általi térítés lehetséges, de nagyon valószínűtlen.
- Tudomásul veszem, hogy a teljes díjat a szolgáltatás előtt kell kifizetni.
- Tudomásul veszem, hogy ha időpont-egyeztetés volt szükséges, az időpontot (személyes felmérés esetén) legalább 24 órával korábban telefonon le kell mondanom. Ha nem jelenek meg a megbeszélt időpontban, a díjat nem térítik vissza.
- Aláírással igazolom, hogy e nyilatkozat minden részét elolvastam és megértettem, és lehetőségem volt kérdéseket feltenni az eljárásokkal kapcsolatban.
- Ezeket az állításokat az amerikai Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivatal (FDA) nem értékelte. Ez a termék nem alkalmas betegség diagnosztizálására, kezelésére, gyógyítására vagy megelőzésére.

#### ELLENJAVALLATOK:

- Pacemaker
- Várandósság
- Stroke bármikor (akár egyetlen vagy régi is)
- Epilepsziás roham vagy epilepszia bármikor (akár egyetlen vagy régi is)

#### ÓVATOSSÁGGAL:

- Elektromágneses érzékenység
- Fém a testben (a fogászati fémeken és a spirálon kívül)

**Megjegyzés:** Ha az „Óvatossággal” alatt felsoroltak közül bármelyik érvényes rád, foglalás előtt vedd fel velem a kapcsolatot. Ha pacemakered van, várandós vagy, vagy valaha stroke-on vagy epilepsziás rohamon estél át, nem tudunk felmérést végezni nálad.

Tudomásul veszem, hogy ez a szolgáltatás nem helyettesíti az orvosom tanácsát, diagnózisát vagy kezelését. Ha súlyos betegségben szenvedsz, mindig konzultálj a kezelőcsapatoddal (orvos, pszichiáter stb.). Azt javasoljuk, hogy szolgáltatásainkat rendszeres háziorvosi vizitekkel együtt vedd igénybe.

Elfogadod e megállapodás feltételeit, és hozzájárulsz, hogy a begépelt teljes neved az aláírásod digitális megfelelőjeként szolgáljon.

A kliens teljes neve (nyomtatott betűkkel): \_\_\_\_\_

A kliens aláírása (ha kinyomtatod): \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

A technikus teljes neve (nyomtatott betűkkel): \_\_\_\_\_

A technikus aláírása: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

Köszönöm!