

FORMULARZ ZGODY KLIENIA NA WYKONANIE USŁUGI NATUROPATYCZNEJ
FORMULARZ ZGODY NA WYKONANIE USŁUGI O CHARAKTERZE
EDUKACYJNO-PROZDROWOTNYM

Imię i nazwisko klienta:

Data urodzenia:

Data wizyty:

Ja, niżej podpisana/-y, oświadczam, że:

1. Zostałam/-em poinformowana/-y o charakterze usług świadczonych w gabinecie naturopatycznym, które mają charakter edukacyjno-prozdrowotny i nie stanowią świadczeń zdrowotnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa.
2. Rozumiem, że usługi świadczone w gabinecie:
 - nie zastępują porady lekarskiej,
 - nie zastępują leczenia medycznego,
 - nie obejmują stawiania diagnoz medycznych,
 - nie obejmują ordynowania ani modyfikowania leczenia farmakologicznego.
3. Oświadczam, że wszystkie informacje przekazane przeze mnie w trakcie wywiadu oraz konsultacji są zgodne z prawdą i udzielone dobrowolnie.
4. Wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na wykonanie usług naturopatycznych, zgodnie z zakresem i charakterem działalności gabinetu, po uprzednim zapoznaniu się z informacją o ich charakterze i ograniczeniach.
5. Mam świadomość, że moje samopoczucie, reakcje organizmu oraz efekty podejmowanych działań mogą mieć charakter indywidualny.

Podpis klienta:

Data:

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA CHARAKTERU USŁUG NATUROPATYCZNYCH

Niniejszym informujemy, że:

1. Usługi świadczone w gabinecie naturopatycznym mają charakter edukacyjno-prozdrowotny i są ukierunkowane na:
 - wspieranie dobrostanu organizmu,
 - edukację zdrowotną,
 - pracę z nawykami i stylem życia,
 - wspieranie procesów samoregulacji organizmu.
2. Usługi te nie stanowią świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów prawa, w szczególności:
 - nie są leczeniem medycznym,
 - nie obejmują diagnozowania chorób,
 - nie zastępują konsultacji lekarskich ani terapii prowadzonej przez personel medyczny.
3. Osoba prowadząca konsultację naturopatyczną:
 - nie stawia diagnoz medycznych,
 - nie interpretuje wyników badań laboratoryjnych w celach diagnostycznych,
 - nie zaleca ani nie modyfikuje leczenia farmakologicznego.
4. W przypadku występowania objawów wymagających konsultacji lekarskiej klient zostaje poinformowany o konieczności skorzystania z pomocy lekarza lub innego uprawnionego specjalisty.
5. Klient ma prawo do:
 - zadawania pytań dotyczących charakteru usług,
 - rezygnacji z usługi na każdym etapie,
 - uzyskania informacji w sposób jasny i zrozumiały.

6. Korzystanie z usług gabinetu jest dobrowolne i odbywa się na podstawie świadomej decyzji klienta.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z powyższą informacją, jest ona dla mnie zrozumiała i akceptuję warunki korzystania z usług gabinetu naturopatycznego.

Podpis klienta: Data i miejsce