

Imię i nazwisko dziecka: _____ Data urodzenia: _____

Waga _____ wzrost: _____ grupa krwi: _____

Kontakt do opiekuna:

Imię i nazwisko _____ telefon _____ E-mail: _____

GLÓWNE OBJAWY I CEL WIZYTY

SKĄD DOWIEDZIAŁA SIĘ PANI/PAN O GABINECIE? ☐ polecenie _____ ☐ Internet

zmęczenie i brak energii ☐ TAK ☐ NIE / ☐ nietolerancja zimna ☐ zimne dłonie i stopy ☐ ciągle poczucie zimna ☐ brak pocenia się / ☐ poczucie gorąca ☐ gorące stopy i stopy ☐ pocenie się ☐ nadpotliwość

SEN zaburzenia snu: ☐ bezsenność ☐ częste budzenie się o godzinie _____ ☐ problemy z zasypianiem ☐ mówienie we śnie ☐ zgrzytanie zębami ☐ zaciskanie zębów ☐ pocenie się w nocy ☐ intensywne sny, koszmary ☐ moczenie nocne / chodzenie spać o godz. _____ wstawanie o godz. _____ ilość godz. snu _____

ZACHOWANIE I EMOCJE DZIECKA (proszę podkreślić)

wybuchy złości, agresji, częsty płacz, smutek, nadwrażliwość, lękliwość, nieśmiałość, wycofanie, nadpobudliwość, trudności z koncentracją, nadmierna potrzeba kontroli, perfekcjonizm, uzależnienie od telefonu, tabletu, bajek, chęć jedzenia słodczy, ssanie palca, oblizywanie przedmiotów, branie przedmiotów do buzi, inne: _____

ROZWÓJ I ŚRODOWISKO DZIECKA

Uczęszcza do: ☐ żłobka ☐ przedszkola ☐ szkoły (klasa: _____)

trudności w nauce / skupieniu, problemy w relacjach z rówieśnikami, opóźnienia rozwojowe: mowa / motoryka, doświadczyło stresu, straty, traumy, występują trudne sytuacje rodzinne, inne: _____

UKŁAD POKARMOWY

bóle brzucha, wzdęcia, przelewania, gazy, zaparcia (co ile dni?) _____, wypróżnienia godzina _____
biegunki, nieregularne stolce, świąd odbytu, widoczne pasożyty w kale, pasożyty potwierdzone badaniami, jakie _____ odrobaczanie było ☐ tak ☐ nie / kiedy: _____

STAN ZDROWIA

częste infekcj, przeziębienia, alergie pokarmowe, wziewne

AZS, egzema, wysypki

Przyjmowane leki: _____

Suplementy / zioła: _____

Karmienie piersią: ☐ tak / jak długo _____ ☐ nie / z jakiego powodu? _____

Poród: ☐ naturalny ☐ długi/ciężki _____ ☐ cesarskie cięcie / z jakiego powodu? _____

Szczepienia ☐ pełne ☐ częściowe ☐ brak ☐ reakcje poszczepienne _____

ŻYWIENIE I STYL ŻYCIA

Dieta dziecka: ☐ tradycyjna ☐ wegetariańska ☐ eliminacyjna (jakie produkty?) _____

Orientacyjne godziny posiłków i co zwykle jest spożywane:

Śniadanie: _____

Drugie śniadanie: _____

Obiad: _____

Kolacja: _____

Przekąski / podjadanie: _____

Je ☐ chętnie ☐ wybiórczo ☐ nie chce jeść

Wybiórczość pokarmowa _____

Ilość słodczy: ☐ codziennie ☐ kilka razy w tygodniu ☐ sporadycznie

Ilość wypijanej wody: _____ / soki _____ herbaty _____ napoje gazowane _____

Aktywność fizyczna ☐ tak ☐ nie

Kontakt ze zwierzętami: ☐ tak ☐ nie

INNE UWAGI / ISTOTNE INFORMACJE

KLAUZULA INFORMACYJNA

Od 25.05.2018 r. obowiązuje europejskie rozporządzenie o ochronie danych osobowych zwane RODO. W związku z powyższym zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest **Julia Maria Siwiak Terapie Holistyczne**, ul. Piątkowska 55 A, 60-648 Poznań, NIP 7811716960.
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu wyznaczenia terminu wizyty oraz przygotowania planu dietetycznego/planu kuracji.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO – zgoda osoby, której dane dotyczą. W przypadku przetwarzania danych dotyczących zdrowia podstawą jest również art. 9 ust. 2 lit. a RODO.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji.
5. Dane osobowe będą przechowywane do czasu wycofania zgody przez Panią/Pana, nie dłużej jednak niż 2 lata od ostatniej wizyty.
6. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji usług terapeutycznych.

Ponadto informuję, że ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
2. wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy prawne;

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem wyznaczenia terminu wizyty oraz przygotowania planu dietetycznego.

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, przez Julia Maria Siwiak Terapie Holistyczne, ul. Piątkowska 55 A, 60-648 Poznań, NIP 7811716960, w celu realizacji usług terapeutycznych i dietetycznych.

Zostałam(-em) poinformowana(-y), że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji usługi oraz że mam prawo dostępu do treści danych, ich poprawiania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych i wycofania zgody w dowolnym momencie.

Zapoznałam(-em) się z treścią klauzuli informacyjnej.

DATA: _____

CZYTELNY PODPIS: _____