Imię i nazwisko dziecka: _____ Data urodzenia: _____

Waga _____ wzrost: _____ grupa krwi: _____

Kontakt do opiekuna:
Imię i nazwisko _____ telefon _____ E-mail: _____

GŁÓWNE 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 ☐ ciągłe poczucie zimna ☐ brak pocenia się / ☐ poczucie gorąca ☐ gorące dłonie 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 słodyczy, 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, odbijanie, zgaga, refluks, wzdęcia, przelewania, gazy, zaparcia (co ile dni?) _____, wypróżnienie godzina _____biegunki, nieregularne stolce, świąd odbytu, widoczne pasożyty w kale, pasożyty potwierdzone badaniami, jakie? _____ odrobaczanie było ☐ tak ☐ nie / kiedy: _____

STAN ZDROWIA

częste infekcje, przeziębienia, alergie pokarmowe, wziewne, stany zapalne zatok, płuc

AZS, egzema, wysypki, świąd skóry, alergie skórne

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 słodyczy: ☐ 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, przeprowadzenia konsultacji oraz przygotowania planu dietetycznego lub indywidualnego planu wsparcia organizmu.
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 ani organizacji międzynarodowej.
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 konsultacji, usług dietetycznych oraz naturopatycznych.

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 prawa.

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 konsultacji, usług dietetycznych oraz naturopatycznych. 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: _____

OŚWIADCZENIE I ZGODA NA KONSULTACJĘ DIETETYCZNO-NATUROPATYCZNĄ

Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, iż konsultacja dietetyczno-naturopatyczna oraz wykonywane analizy mają charakter orientacyjny, edukacyjny i wspierający. Przyjmuję do wiadomości, że konsultacja nie zastępuje wizyty lekarskiej, diagnostyki medycznej, badań laboratoryjnych, leczenia ani zaleceń lekarza prowadzącego.W przypadku chorób, niepokojących objawów, przyjmowania leków lub pogorszenia stanu zdrowia zobowiązuję się do konsultacji z lekarzem.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie konsultacji oraz przygotowanie indywidualnych zaleceń dietetycznych i naturopatycznych u mojego dziecka.

DATA: _____ CZYTELNY PODPIS: _____