



GŁÓWNY POWÓD WIZYTY	
CHOROBY PRZEWLEKŁE	
PRZYJMOWANE LEKI	
PRZYJMOWANE SUPLEMENTY	

PREFEROWANA TERAPIA:

WSZYSTKIE niżej wymienione	TAK / NIE
LUB (proszę zaznaczyć poniżej tylko jeśli nie została wyrażona zgoda na WSZYSTKIE TERAPIE)	
AKUPUNKTURA	TAK / NIE
ZIOŁOTERAPIA	TAK / NIE
DIETOTERAPIA	TAK / NIE

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

na zabieg: akupunktury / baniek / zabiegu gua sha / moksoterapii*

u mnie / u mojego dziecka *

Poznań, dnia _____

Data i podpis

*wybrane podkreślić



Proszę wpisać w tabelce czy jest spożywane NIE / TAK: wyszczególnić co i w jakiej ilości

Słodycze	
pieczywo	
mięso	
przetworzone mięso	
nabiał	
mikrofalówka	
mrożonki	
surowe produkty	
warzywa	
owoce	
zimne napoje	
soki	
napoje gazowane	
kawa	
czarna herbata	
alkohol	
papierosy	

1. Proszę wpisać **TAK lub NIE**

2. Jeśli wpisane TAK to proszę wymienić co dokładnie, ewentualnie jak często



Dzienniczek odżywiania z 3 dni

DZIEŃ:			
ŚNIADANIE Godz.			
Przekąska Godz.			
OBIAD Godz.			
Przekąska Godz.			
KOLACJA Godz.			
przekąska			
NAPOJE			



Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*
na przetwarzanie danych osobowych dla celu świadczenia usług przez Administratora danych
osobowych.

Bez wyrażenia tej zgody nie będzie możliwe skorzystanie z porady.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*
na przesyłanie przez Administratora danych osobowych na mój adres email oraz nr telefonu
komórkowego informacji o terminach wizyt/konsultacji.

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*
na przetwarzanie danych osobowych dla celu świadczenia usług przez Administratora danych
osobowych.

Bez wyrażenia tej zgody nie będzie możliwe skorzystanie z porady.

Administrator danych osobowych,
tj. ODŻYWIANIE NATURALNE Agnieszka Mrówczyńska
rynek Łazarski 1/16, 60-731 Poznań, NIP 7811840832, REGON 365916733
informuje, że podane przez Panią/Pana dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu, w jakim
wyżej wymienione zgody zostały udzielone, przez okres wynikający z przepisów prawa medycznego.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek konieczne w celu realizacji usługi, dla której zgoda
została udzielona.

Dane osobowe nie będą przekazywane podmiotom trzecim bez uzyskania Pani/Pana odrębnej zgody.
Ma Pani/Pan prawo w każdym czasie do przenoszenia danych, dostępu do treści danych osobowych
oraz możliwość ich poprawiania, wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych a także ma
Pani/Pana także do cofnięcia udzielonej zgody oraz prawo do wniesienia skargi dot. przetwarzania
danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie
zgody przed jej wycofaniem.

Poznań, dnia _____

Data i podpis

*podkreślić wybrane