



Dotazník a súhlas s vykonaním kryoterapie ('Kryoterapia')

Questionnaire and consent to cryotherapy ('Cryotherapy')

Meno klienta

Client's name

Dátum narodenia

Date of birth

Kontakt (e-mail/telefón)

Contact (e-mail/phone)

Zdravotný dotazník

Vo väčšine prípadov by Kryoterapia nemala spôsobovať žiadne problémy alebo riziko. Nižšie uvedené otázky sú nastavené tak, aby identifikovali tú malú skupinu jednotlivcov, pre ktorých by Kryoterapia mohla byť nevhodná alebo jednotlivcov, ktorí by mali procedúru konzultovať s lekárom.

Pozorne si ich prosím prečítajte a odpovedzte "áno" (A) alebo "nie" (N) na nasledujúce otázky. Pri odpovedi "áno" na ktorúkoľvek otázku, prosím uveďte bližšie informácie v časti "Poznámky" nižšie.

Medical History

For most people the Cryotherapy should not pose any problem or risk. The questions below are designed to identify the small number of adults for whom the Cryotherapy might be inappropriate or those who should have medical advice concerning the type of procedure most suitable for them.

Please read them carefully and answer "yes" (Y) or "no" (N) to the questions below by using the checkboxes. If you answer "yes" to any question, please provide further details in the field "Notes" below.

Trpíte / trpeli ste / utrpeli ste niektorý zo zdravotných problémov v zozname? Have you ever suffered any of the problems in the list?	Srdcový infarkt, máte kardiostimulátor / a heart attack (myocardial infarction), do you have pacemaker?	<input type="checkbox"/>
	Srdcové zlyhanie / heart failure (cardiac insufficiency)?	<input type="checkbox"/>
	Srdcová arytmia / erratic or abnormal heart rate and conduction disorders?	<input type="checkbox"/>
	Chronické srdcovocievne choroby / chronic cardiovascular or heart disease?	<input type="checkbox"/>
	Porucha zrážanlivosti krvi / haemorrhagic diathesis?	<input type="checkbox"/>
	Chudokrvnosť / anaemia?	<input type="checkbox"/>
	Onkologické ochorenie / cancer, malignant growth?	<input type="checkbox"/>
	Cukrovka / diabetes?	<input type="checkbox"/>
	Plúcne ochorenie (napr. astma, tuberkulóza) / pulmonary disease (e.g. asthma, tuberculosis)?	<input type="checkbox"/>
	Epilepsia, iné záchvatové ochorenia / epilepsy, seizures?	<input type="checkbox"/>
Mozgová porážka / cerebral stroke?	<input type="checkbox"/>	
Záchvaty hystérie, paniky, klaustrofóbie / hysteric neurosis, panic attack, claustrophobia?	<input type="checkbox"/>	
Hypertenzia (arteriálny tlak > 180/100 mmHg) / hypertension (that is AP > 180/100 mmHg)?	<input type="checkbox"/>	
Raynaudov syndróm / Raynaud syndrome?	<input type="checkbox"/>	
Kryoglobulinémia / cryoglobulinemia?	<input type="checkbox"/>	
Kryofibrinogénémia / cryofibrinogenemia?	<input type="checkbox"/>	
Neznášanlivosť alebo zvýšená citlivosť na chlad / individual cold intolerance?	<input type="checkbox"/>	
Aktuálny stav Current disposition	Máte alebo ste nedávno prekonali horúčku? / Have you suffered or do you currently have a fever?	<input type="checkbox"/>
	Trpíte nejakou infekčnou chorobou? / Are you currently suffering from any infectious disease?	<input type="checkbox"/>
	Máte vysoký krvný tlak? / Have you ever suffered from high blood pressure?	<input type="checkbox"/>
	Máte alebo ste nedávno prekonali trombózu? / Have you suffered or do you currently have a thrombosis?	<input type="checkbox"/>
	Ste tehotná? / Are you currently pregnant?	<input type="checkbox"/>
Máte menej ako 10 rokov? / Are you under 10 years old?	<input type="checkbox"/>	
Poznámky Notes	<input type="text"/>	

Krvný tlak
Blood pressure

	/		mmHg
--	---	--	------

Pulzová frekvencia
Pulse frequency

--

Ja, dolupodpísaný klient

potvrďujem, že (i) v súčasnosti netrpím žiadnymi zdravotnými problémami uvedenými vo vyššie uvedenom dotazníku, alebo (ii) som uviedol/uviedla, že trpím zdravotnými problémami špecifikovanými vo vyššie uvedenom dotazníku;

Prosím nehodiť sa možnosť prečiarknite.

potvrďujem, že (i) si nie som vedomý/-á toho, že som v minulosti trpel/a akýmkoľvek zo zdravotných problémov uvedených vo vyššie uvedenom dotazníku, alebo (ii) som uviedol/uviedla všetky zdravotné ťažkosti uvedené vo vyššie uvedenom dotazníku, ktoré som prekonal/-a v minulosti;

Prosím nehodiť sa možnosť prečiarknite.

neviem o žiadnom dôvode týkajúcom sa môjho zdravia, ktorý by mohol alebo mal zamedziť Kryoterapii; a zaväzujem sa, že v prípade, ak sa dozviem o takomto dôvode, oboznámim s ním pracovníka spoločnosti KRYO Boost, s.r.o. pred ďalšími procedúrami;

beriem na vedomie a potvrďujem, že spoločnosť KRYO Boost, s.r.o. nezodpovedá za akékoľvek nepriaznivé následky Kryoterapie spôsobené alebo vyvolané akýmkoľvek okolnosťami na mojej strane, ktoré sú kontraindikáciou pre absolvovanie Kryoterapie;

potvrďujem, že mi neboli prisľúbené žiadne výsledky a som oboznámený/-á so skutočnosťou, že dosiahnuté výsledky sú individuálne v závislosti od konkrétnej osoby;

potvrďujem, že som oboznámený/-á so skutočnosťou, že pracovník spoločnosti KRYO Boost, s.r.o. nevykonáva diagnostiku chorôb ani úrazov ani nepredpisuje lieky ani neposkytuje zdravotnú starostlivosť;

potvrďujem, že som oboznámený/-á s rizikami spojenými s Kryoterapiou.

Svojím vlastnoručným podpisom na tomto formulári, ja, vyššie menovaný klient, týmto súhlasím s vyššie uvedenými vyjadreniami.

Klient/Zákonný zástupca klienta podpisom tohto formuláru výslovne udeľuje svoj dobrovoľný súhlas spoločnosti KRYO Boost, s.r.o. so spracúvaním osobných údajov klienta, alebo klienta a zákonného zástupcu klienta, uvedených v tomto formulári, pri poskytovaní služieb klientovi za účelom absolvovania Kryoterapie. Súhlas sa udeľuje na dobu trvania účelu spracúvania osobných údajov. Klient/Zákonný zástupca klienta má možnosť súhlas odvolať písomne na adrese spoločnosti KRYO Boost, s.r.o. alebo elektronicky na adrese kryoboost@gmail.com. Tento súhlas so spracúvaním osobných údajov bol udelený v zmysle čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia EP a Rady EÚ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov). Klient/Zákonný zástupca klienta týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že si je vedomý svojich práv, ktoré sú uvedené v čl. 12 až čl. 23 tohto nariadenia, ktoré upravujú povinnosti prevádzkovateľa pri uplatňovaní práv dotknutých osôb.

I, the undersigned client, hereby:

confirm that either (i) I do not currently suffer from any of the medical conditions set out in the questionnaire above, or (ii) I have disclosed that I suffer from any of the medical conditions set out in the questionnaire above;

Please cross out non-applying possibility.

confirm that either (i) I am not aware of any past history of having suffered from any of the medical conditions set out in the questionnaire above, or (ii) I have disclosed that I have past history of having suffered from any of the medical conditions set out in the questionnaire above;

Please cross out non-applying possibility.

know of no other matter concerning my medical health which would or should inhibit my use of the Cryotherapy; and I undertake that if any medical condition becomes known to me I shall disclose them to the assistant of KRYO Boost, s.r.o. prior to any further procedures;

acknowledge and confirm that the company KRYO Boost, s.r.o. is not liable in case of any adverse reaction/consequences of the Cryotherapy occur caused by any underlying conditions I may have that are contra - indication with respect to the Cryotherapy;

confirm that no promises of any results have been made to me and understand that results achieved are individual to the person;

confirm that I understand that the assistant of KRYO Boost, s.r.o. does not diagnose illnesses or injuries or prescribe medications or provide medical care;

confirm that I understand the risks associated with the Cryotherapy.

By signing of this form, I, the above named client, hereby agree to the above statements.

The client/The legal representative of the client by signing of this form hereby specifically grants his/her voluntary consent to the company KRYO Boost, s.r.o. to the processing of personal data of the client, or the client and the legal representative of the client, specified in this form, by providing services to the client for the purpose of the Cryotherapy. This consent is granted for the period of existence of the purpose of personal data processing. The client/ The legal representative of the client has right to withdraw his/her consent at any time in writing on address of the company KRYO Boost, s.r.o. or electronically on address kryoboost@gmail.com. This consent to the processing of personal data was granted in accordance with the Art. 6 Sec. 1. (a) of Regulation (EU) 2016/679 of the EP and of the Council on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). The client/The legal representative of the client hereby declares and confirms that he/she is aware of his/her rights specified in the Art. 12 till the Art. 23 of this regulation, where obligations of the controller by executing rights of data subjects are regulated.

Dátum a podpis klienta
Date and signature of the client

--

Vyplňte v prípade nepľnoletosti klienta (menej ako 18 rokov). / Fill out in the case of minor client (under 18 years).

Dátum, meno a podpis zákonného zástupcu
Date, name and signature of the legal representative

--