

# Elitbody - Nyilatkozat

Ultratone - LPG - Wiener

Vendég neve: \_\_\_\_\_

Telefonszám: + 36

Cím: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Foglalkozás: \_\_\_\_\_

Születési idő:     .   .  .

Testsúly (kg):

Testmagasság (cm):

Gyermekek száma (nő esetében):

Gyermekek életkora: \_\_\_\_\_

## Problémák:

- Has
- Csípő
- Derék
- Popsi
- Cellulite

Folyadékfogyasztás eléri e a napi 2-3 litert? Igen  Nem

Milyen folyadékot fogyaszt?

Dohányzik? \_\_\_\_\_

Diétázik? \_\_\_\_\_

Sportol? (Ha igen, milyen gyakran?) \_\_\_\_\_

Szed táplálék-kiegészítőket? (Ha igen, melyet?) \_\_\_\_\_

Átlagosan hány órát alszik naponta?

Az elmúlt hat hónapban volt-e

- Plasztikai műtétje?
- Zsírleszívása?
- Hajbeültetése?
- Érelmeszesedése?
- Implantátum behelyezés? (fém)



ELIT BODY

### Az elmúlt egy évben volt-e

- Ízületi gyulladása?
- Bőrbetegsége (pattanás, gyulladás)?
- Rákos megbetegedése?
- Magas vagy alacsony vérnyomás?
- Keringési és légzési zavarok?
- Véralvadási problémák?
- Vizesedés?
- Visszerek, érproblémák?
- Epilepszia?
- Diabetes
- Sclerosis multiplex?
- Szívproblémák?
- Hepatitis, AIDS?
- Egyéb:

### Használ-e valamilyen gyógyszert? (tabletta, injekció, egyéb)

---

---

---

### Női adatok:

Terhes-e? Igen  Nem

Szed-e fogamzásgátló tablettát? \_\_\_\_\_

Változókorban van-e? (Ha igen, mióta?) \_\_\_\_\_

Hormonterápián vesz-e részt? (Ha igen, milyen okból és mióta?)

---

---

Ön jelen adatlap kitöltésével és aláírásával egyidejűleg igazolja, hogy elolvasta, megértette a fent foglaltakat.

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek, eltitkolt betegségem nincs, a kapcsolódó tájékoztatást megkaptam és a kezelést saját felelősségemre veszem igénybe.

Hely és dátum: \_\_\_\_\_

Ügyfél aláírás