

**ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU KĄPIELI  
SOLANKOWO- SIARCZKOWEJ – OŚWIADCZENIE**

**KARTA ZABIEGOWA nr .....**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

**Nazwa zabiegu :**

**Kąpiel solankowo-siarczkowa w basenie oraz kąpiel w basenie mineralnym.**

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 i art. 14 Rozporządzenia UE z dnia 27 kwietnia 2016r. informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są Malinowe Hotele Sp. z o. o. przy ulicy Leśnej 7, 28-131 Solec –Zdrój, NIP 678-14-01-345, REGON: NIP 678-14-01-345.
2. Każdej osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do uzyskania informacji o zasadach przetwarzania, kontroli, poprawiania i zabezpieczenia danych osobowych, a także prawo do złożenia sprzeciwu wobec ich dalszego przetwarzania.

Każdej osobie, której dane dotyczą przysługuje również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznane zostanie, iż przetwarzanie danych osobowych przez Administratora Danych narusza przepisy niniejszego ogólnego rozporządzenia

**Wskazania:**

- ✓ Choroba zwyrodnieniowa stawów
- ✓ Reumatoidalne zapalenia stawów
- ✓ ZZSK
- ✓ Dyskopatie
- ✓ Zespoły bólowe przeciążeniowe
- ✓ Stany pourazowe narządu ruchu
- ✓ Miażdżyca tętnic obwodowych
- ✓ Łuszczyca
- ✓ Trądzik łojotokowy

**Przeciwwskazania:**

- ✓ Stany po przebytej chorobie nowotworowej
- ✓ Nadciśnienie tętnicze nieregulowane
- ✓ Niewydolność krążenia
- ✓ Zaburzenia rytmu serca
- ✓ Stany po zawale mięśnia sercowego
- ✓ Cięża
- ✓ Niestabilna choroba wieńcowa
- ✓ Nawracające zapalenie żył
- ✓ Przewlekłe stany zapalne wątroby i trzustki

Zostałem/am szczegółowo poinformowany/a o wskazaniach i przeciwwskazaniach do korzystania z zabiegu kąpeli siarczkowych, sposobie ich wykonania, o następstwach oraz możliwych powikłaniach i proszę o wykonanie kąpeli na własną odpowiedzialność, bez badania lekarskiego. Przekazana informacja była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższym tekstem i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu. Jednocześnie oświadczam, iż jestem osobą pełnoletnią i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Data ..... Czytelny podpis .....