

NYILATKOZAT személyes adatok kezeléséről és állapotfelmérési kötelezettségről

Alulírott

Név:, Lakcím:,

Telefonszám:, E-mail cím:

1. Ezennel hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy

Cégnév: **AP-Therapy Hungary Kft.**
Székh: 1222 Budapest, Háros u. 161
Cégjegyzékszám: 01-09-439948
E-mail: aptherapyhungary@gmail.com
Telefonszám: +36707878823

és Név: Mágoriné Szabó Adrienn
Székh: 2000 Szentendre, Möller I. u. 1.
EV Nyilvántartási szám: 60105950
E-mail: fitskin.masszazs@gmail.com
Telefonszám: +36707426242

mint **együttes Adatkezelő(k)** az időpontfoglalás és a szolgáltatás igénybevétele előtt megadott **személyes adataimat** (Név, telefonszám, lakcím, e-mail-cím, továbbá a jelen és jövőbeni AP-Therapy szolgáltatások időpontjait) **kezelje, tárolja, aktualizálja** abból a célból, hogy:

- az általa nyújtott szolgáltatások elérhető időpontjairól tájékoztatást kapjak,
- az általam választott szolgáltatást és időpontot Adatkezelő az időpontfoglalási rendszerében rögzíthesse, így a szolgáltatás nyújtására a kiválasztott időpontban készen álljon, engem pedig mint ügyfelet ehhez beazonosíthasson,
- Adatkezelő a kiválasztott szolgáltatással és időponttal kapcsolatos valamennyi információval ellásson,
- a szolgáltatásról kiállított számlához szükséges, törvény által meghatározott adataimat Adatkezelő a számlázó rendszer felé továbbíthassa
- a jövőben általam igényelt szolgáltatások esetén Adatkezelő a korábban általam igénybe vett szolgáltatások ismeretében járhatson el.

Jelen hozzájárulás **Adatkezelőt személyes adataim kezelésére csak az időpontfoglaló rendszer használatával kapcsolatosan jogosítja.**

Az időpontfoglaló rendszer üzemeltetéséhez Adatkezelő Adatfeldolgozói közreműködést vesz igénybe, vele adatkezelési szerződést köt és az adatkezelési tájékoztatóban feltünteti.

Az Adatkezelő Adatvédelmi Tájékoztatójában (<https://pajzsmirigyinfo.hu>) foglaltakat megismertem és elfogadom, és hozzájárulok, hogy a fent részletezett személyes adataimat az időpontfoglaló rendszerben az utolsó időpontfoglalásom dátumától számítva legfeljebb 3 naptári évig megőrizze.

Tisztában vagyok azzal, hogy jogom van az adatkezelőtől kérni a személyes adataimhoz történő hozzáférést, azok helyesbítését, törlését, azok kezelésének korlátozását és tiltakozni az ilyen adatok kezelése ellen. Jogom van a hozzájárulás visszavonására, ez azonban nem érinti a korábbi hozzájárulás alapján a visszavonásig végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. Lehetőségem van jogaim megsértése esetén a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál panaszt benyújtani. **Tudomással bírok arról, hogy az hozzájárulás előfeltétele a szolgáltatás igénybevételének.**



Ezennel hozzájárulok, hogy további adatkezelési célként az e-mail címemre az AP-Therapy hírlevelét megkapjam. A hírlevélről leiratkozást ezen nyilatkozat visszavonása nélkül, a hírlevelek végén megadott linkre kattintva is lehetséges megtenni.

2. Egyúton igazolom, hogy:

- az alábbi Állapotfelmérő kérdéslista alapján, a kockázatok és ellenjavallatok felmérése céljából a szóbeli **tájékoztatási kötelezettségemnek eleget teszek**
- biztosítom a megadott adatok helyességét és vállalom, hogy ezekben történt **változásokat** a követő alkalom során AP Partner felé haladéktalanul **jelzem**
- az **AP-Therapy szolgáltatást** a szolgáltatásról és ellenjavallatokról AP-Partner részéről megtörtént tájékoztatása alapján, **saját felelősségemre veszem igénybe.**

Kelt:, 202.....

Aláírás:

Állapotfelmérő kérdéslista AP-Therapy szolgáltatás végrehajtásához

Az alábbi szóbeli tájékoztatást a szolgáltatást első alkalommal igénybe vevő ügyfelektől kérjük a szolgáltatás helyes, biztonságos végrehajtásának biztosítása céljából.

Az egyes válaszok segítségével az AP-Partner felméri az ellenjavallatokat a teljes szolgáltatás vagy annak egyes elemeire tekintettel és a szolgáltatást ez alapján nyújtja vagy szükség esetén visszautasítja.

- | | |
|--|---|
| - Kórházi kezelés alatt áll | - Immunhiányos állapot |
| - Transzplantáció, implantáció, testben vagy testen viselt orvostechnikai eszköz természetes vagy mesterséges anyagból | - Csontritkulás |
| - Hasi / mellüregi / koponya / idegrendszeri műtét 2 éven belül | - Fogászati ellátás 2 héten belül |
| - Nagyízületi műtét 1 éven belül | - Ájulásra hajlamos |
| - Baleset, súlyos sérülés, csonttörés 1 éven belül | - Rendszeres dohány / alkohol / drogfogyasztás |
| - Daganatos betegség, csontáttét 5 éven belül | - Drog / alkohol hatása alatt áll |
| - Aktív kemoterápiás kezelés | - folyamatban lévő lázas, fertőző betegség |
| - Vérnyomás- / keringési- / szívproblémák | - friss traumatikus történések (csonttörés, ficam, rándulás, hámsérülés, égés stb.) |
| - Lágyéksérv, gerinc porckorongsérv | - bármilyen betegség vagy állapot fennállása esetén. |
| - Terhesség, szoptatás, menstruáció első kettő napja | |
| - Véralvadási zavarok, vérzékenység | |
| - Trombózis, tüdőembólia | |
| - HIV, TBC, fertőző betegségek | |