

Formularz zgłoszeniowy na;

a) turnus stacjonarny data;.....

b) turnus wyjazdowy data;.....

c) konsultacja w zakresie deficytów rozwojowych ;.....

d) Metoda Tomatisa

e) Delfinoterapia data;.....

d) badanie kwalifikacyjne do mikropolaryzacji mózgu data;.....

1. Uczestnik turnusu :.....

2. Data urodzenia dziecka:.....

3. Nr PESEL dziecka :.....

4. Rodzic/opiekun :.....

5. Nr PESEL opiekuna :.....

6. Pełny adres zamieszkania :.....

7. Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania):.....

8. e-mail :.....

9. telefon :.....

10. Jakie są główne problemy związane z rozwojem? (symptomy choroby, medyczna diagnoza)

.....
.....
.....

11 . Ośrodkowy układ nerwowy

⌘ Czy występowało krwawienie do ośrodkowego układu nerwowego, krwawienie dokomorowe (IVH), podpajęczynówkowe jakie, kiedy w jakim obszarze mózgu?

.....

⌘ Czy stwierdzono torbiele, ogniska leukomalacji (PVL), rozmiękania istoty białej?

.....

⌘ Czy występowały porażenia, niedowłady, porażenia nerwu twarzowego VII?

.....

⌘ Czy cierpi z powodu bólów głowy, migren, przewlekłych bólów kręgosłupa

.....

⌘ Czy dziecko miało kiedykolwiek napady drgawkowe, drgawki gorączkowe, utraty przytomności, wstrząśnienia mózgu, urazy ośrodkowego układu nerwowego, urazy kręgosłupa, rdzenia kręgowego, obrzęk mózgu?

.....

⌘ Czy choruje na padaczkę, lub chorowało w przeszłości, jakie leki przyjmuje, w jakich dawkach, jak często napady, ile napadów/dzień/tydzień/miesiąc?

.....

⌘ Czy pacjent w okresie ostatniego roku przyjmował leki psychotropowe, poprawiające funkcjonowanie mózgu np. nootropil, suplementy diety, zioła,

.....

⌘ Czy występują zaburzenia pamięci, trudności szkolne ?.....

⌘ Czy stwierdzono opóźnienie rozwoju psychomotorycznego ?

⌘ Czy występują tiki, choroba Touretta ?.....

- ⤴ Czy występują zaburzenia emocjonalne, depresja, objawy psychosomatyczne, nerwice, zaburzenia lękowe, zachowania agresywne, autoagresywne, zaburzenia nastroju, nadpobudliwość, zaburzenia snu,?
.....
- ⤴ Czy stwierdzono choroby naczyniowe mózgu np. tętniaki, naczyniaki,?
.....
- ⤴ Czy występowały infekcje – sepsa, zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, zapalenie mózgu, kiedy o jakiej etiologii?
.....
- ⤴ Czy występowało zatrucie lekami, inne zatrucia czym kiedy?
.....
- ⤴ Inne schorzenia ?

12. Wzrok

- ⤴ Czy jest wada wzroku, jeśli tak to jaka, jakie silne okulary?
.....
- ⤴ Czy stwierdzono astygmatyzm, zez zbieżny, rozbieżny, oczopląs, zaćma, jaskra, ślepotę korową, zaburzenia pola widzenia ?.....
- ⤴ Czy dziecko nawiązuje kontakt wzrokowy?
- ⤴ Czy występują zaburzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej?.....
- ⤴ Kiedy było ostatnie badanie okulistyczne?.....

13. Słuch

- ⤴ Czy stwierdzono ubytek słuchu, niedosłuch, głuchotę (jeśli tak czy założono implant ślimakowy, aparaty słuchowe, kiedy), ?.....
- ⤴ Czy dziecko reaguje na polecenia, potrafi powtórzyć proste zdania, wierszyki, piosenki, ?
.....
- ⤴ Kiedy było ostateczne badanie słuchu?
.....
- ⤴ Czy często występują zapalenia uszu, ?
.....
- ⤴ Czy kiedykolwiek występowały :perforacje błony bębenkowej, nakłucia błony bębenkowej, jeśli tak to kiedy, jak często, operacje uszu, drenaże, ?
.....
- ⤴ Czy pacjent cierpi na nadwrażliwość słuchową, na jakie dźwięki?
.....
- ⤴ Czy występują szumy uszne?
.....

14. Mowa

- ⤴ Kiedy dziecko zaczęło wydawać pierwsze dźwięki, kiedy początek mowy, jak wyglądał rozwój mowy, czy mówi obecnie, jak się porozumiewa?

.....

- ⤴ Czy stwierdzono opóźniony rozwój mowy?

.....

- ⤴ Czy występowała afazja – utrata mowy ?

.....

- ⤴ Czy jest w trakcie terapii logopedycznej, jak długo?

.....

15. Napięcie mięśniowe

- ⤴ Czy występują zaburzenia napięcia mięśniowego, wzmożone, obniżone napięcie mięśniowe, asymetria, spastyka – jakie, w jakich częściach ciała, po której stronie

.....

- ⤴ Czy pacjent choruje na chorobę mięśni, dystrofię, dystonię – występowanie ruchów mimowolnych ?

.....

- ⤴ Czy stwierdzono skoliozę, czy daje dolegliwości?

.....

16. Inne układy

- ⤴ - wada serca, choroby naczyń, nadciśnienie, miażdżyca, zaburzenia rytmu serca.

- ⤴ inne

- ⤴ Implanty, zastawki, etc?

.....

17. Jakie terapie stosowano w ostatnim roku, jakie obecnie, jakie leki obecnie przyjmuje;

.....

Powyższe schorzenia zazwyczaj nie stanowią przeciwwskazania do zastosowania mikropolarizacji, i terapii dostępnych w uniquecenter. Prosimy zatem o udzielenie szczerych odpowiedzi, co pozwoli nam na dobranie najbardziej optymalnych warunków terapii m.in. odpowiednie rozmieszczenie elektrod, program terapii etc.

16. Czy dziecko miało wcześniej kontakt z wodą (np. basen) ? Jak często? Kiedy ostatnio? I jak to znosi?

.....

19. Czy korzystają Państwo z dofinansowania? Jeśli tak, proszę napisać dokładne dane Fundacji, Stowarzyszenia, lub inne oraz kwotę dofinansowania.

.....

20. Proszę napisać dokładne dane do faktury w przypadku braku refundacji.

.....
.....
21. Dodatkowe informacje.
.....
.....

22. Wymiary dziecka (zajęć w wodzie, zaopatrzenie w pianki)

obwód klatki piersiowej.....

wzrost.....

obwód bioder.....

waga

Podpis rodzica/opiekuna

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Szanowni Państwo,

uprzejmie informujemy, że podanie danych, o które prosimy w treści formularza jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania naszej pracy na najwyższym poziomie. Oprócz danych niezbędnych do zarejestrowania uczestnika na turnus, konsultację lub badanie potrzebujemy informacji na temat jego zdrowia. Jednocześnie zapewniamy, że dane, które przetwarzamy są chronione w sposób zapewniający zachowanie poufności.

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o zapoznanie się z informacjami na temat przetwarzania danych osobowych przez UNIQUECENTER:

Uprzejmie informujemy, że UNIQUECENTER prowadzone przez Olę Hawryluk przetwarza dane osobowe na podstawie przepisów Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, tzw. RODO oraz z przepisów krajowych w zakresie ochrony danych osobowych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest UNIQUECENTER Olga Hawryluk (dalej: UNIQUECENTER), ul. Chudoby nr 77F, 03-287 Warszawa.

2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane we wskazanych celach i na następujących podstawach:

a) na podstawie dobrowolnej zgody wyrażonej, co uzasadnione jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz – w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. a RODO – w celu realizacji usług, które świadczymy;

b) na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody, co uzasadnione jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO – w celach marketingowych, np. aby zaproponować Państwu udział w kolejnym turnusie rehabilitacyjnym lub gdy zamierzamy umieścić na naszej stronie internetowej informacje na temat odbytych już turnusów;

c) na podstawie zawartej umowy, co uzasadnione jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO – w celach niezbędnych do realizacji umowy; do celu tego zaliczamy także konieczność zapewnienia rozliczeń z podmiotami dokonującymi finansowania turnusu, konsultacji lub badania, którymi najczęściej są fundacje;

d) na podstawie przepisów prawa, co jest uzasadnione art. 9 ust. 2 lit. h, w celu realizacji naszej działalności, to jest udzielania świadczeń zdrowotnych;

e) na podstawie przepisów prawa, co uzasadnione jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO – w celu realizacji obowiązków spoczywających na nas, np. prowadzenia rachunkowości i realizacji obowiązku podatkowego,

f) na podstawie zawartej umowy, co uzasadnione jest art. 6 ust. 1 lit. b w zw z art. 6 ust. 1 lit. f RODO, w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów, np. zapewnienia rozliczalności z obowiązków wynikających z RODO.

3. UNIQUECENTER przetwarza dane wrażliwe jedynie w zakresie prowadzonej działalności i w możliwie najbardziej ograniczonym zakresie.

4. Przetwarzanie danych osobowych przez UNIQUECENTER jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji świadczonych usług.

5. Jednocześnie informujemy, że wszystkie dotychczas udzielone przez Państwa zgody na przetwarzanie danych osobowych pozostają ważne. Mogą je Państwo wycofać w dowolnym momencie.

6. UNIQUECENTER dba o poufność Państwa danych. Z uwagi na konieczność zapewnienia najwyższej jakości świadczenia usług Państwa dane mogą być przekazane innym odbiorcom (np. Fundacje dokonujące finansowania pobytu na turnusie

rehabilitacyjnym, podmioty świadczące usługi rehabilitacyjne). W takich przypadkach dbamy o to, by dane zostały przekazane w możliwie najbardziej ograniczonym zakresie.

8. UNIQUECENTER nie przekazuje danych osobowych poza granice Unii Europejskiej.

9. UNIQUECENTER przechowuje Państwa dane osobowe przez okres niezbędny do realizacji usług, które świadczymy. Poza tym możemy przetwarzać dane osobowe do końca upływu okresów przedawnienia roszczeń. W pozostałych przypadkach przetwarzamy Państwa dane osobowe przez okresy wymagane przepisami prawa. Dane osobowe po upływie ww. okresów zostaną usunięte z systemów informatycznych, a dane w formie papierowej – zniszczone.

10. UNIQUECENTER umożliwia Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, jeśli jest ona podstawą przetwarzania.

11. UNIQUECENTER informuje Państwa o prawie wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznacie Państwo, że przetwarzanie przez nas danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) lub inne przepisy dotyczące przetwarzania danych osobowych.

12. UNIQUECENTER nie dokonuje profilowania danych osobowych na podstawie kryteriów związanych z właściwościami osób fizycznych.

13. UNIQUECENTER zabezpiecza wszystkie posiadane dane przed niepowołanym dostępem osób trzecich. Dostęp do dokumentacji zawierającej dane osobowe posiadają tylko uprawnione osoby w niezbędnym zakresie. W stosunku do plików komputerowych UNIQUECENTER stosuje metody logowania się i haseł dostępu. Dokumenty w postaci papierowej przechowywane znajdują się miejscach, fizycznie zabezpieczonych przed dostępem nieupoważnionych osób trzecich.

Zapoznałam/Zapoznałem się:

.....

data i podpis



ZGODA MARKETINGOWA:

Chcielibyśmy pozostawać z Państwem w kontakcie, aby mieć możliwość przekazywania Państwu (drogą mailową oraz telefoniczną) informacji na temat prowadzonej przez nas działalności. Aby skorzystać z tego rozwiązania prosimy o podpisanie poniższego oświadczenia:

Wyrażam zgodę na kontakt mailowy i telefoniczny w związku z działalnością marketingową UNIQUECENTER i otrzymywanie wiadomości o ofertach drogą telefoniczną i mailową.

.....

data i podpis



ZGODA NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU:

Jesteśmy dumni z naszej działalności, dlatego chcielibyśmy dzielić się z naszymi sukcesami i wiedzą z osobami, które są zainteresowane tym co robimy. Dlatego zwracamy się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na rozpowszechnianie Państwa wizerunku oraz wizerunku Państwa dziecka, który został utrwalony podczas turnusu rehabilitacyjnego, konsultacji lub badania. Fotografie i filmy wykonane przez nas zostaną użyte jedynie w ramach naszej działalności poprzez umieszczenie na stronie internetowej lub w folderze informacyjnym, czy ulotce. Informacje jakie zostałyby użyte w czasie rozpowszechniania to jedynie wizerunek utrwalony podczas turnusu, konsultacji lub badania oraz ogólny opis z podaniem jedynie imienia, np. „*Jaś w trakcie zabiegu neurologopedycznego*”.

W związku z tym prosimy o podpisanie poniższego oświadczenia:

Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku mojego oraz mojego dziecka jedynie w ramach działalności UNIQUECENTER, w szczególności na umieszczenie fotografii i filmików na stronie internetowej, a także publikację wizerunku w formie papierowej.

.....

data i podpis