

# KARTA INFORMACYJNA



IMIĘ I NAZWISKO: .....

WIEK: .....

DANE KONTAKTOWE: .....  
(nr telefonu, e-mail) .....

PONIŻSZE INFORMACJE MOGĄ MIEĆ ZNACZENIE  
DLA PRZEBIEGU ZABIEGU I DOBORU ODPOWIEDNICH PREPARATÓW

	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani alergikiem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli tak to, co wywołuje alergię? .....		
Czy przechodził Pan/Pani operacje / urazy stóp ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpi Pan/Pani na łuszczycę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpi Pan/Pani na zaburzenia ukrwienia ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpi Pan/Pani na choroby zakaźne / wirusowe? (HIV, GRUŻLICA, ŻÓŁTACZKA, COVID 19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, to które to są choroby? .....		
Czy jest Pan/Pani diabetykiem TYP I ..... TYP II .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, to jakie? .....		
Jakie ma Pan/Pani problemy związane ze stopami? .....		
.....		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

.....  
PODPIS KLIENTA

## OCENA STANU STÓP PODCZAS PIERWSZEJ WIZYTY

Zimne stopy, nadmierne pocenie się, nieprzyjemny zapach, sucha skóra, pękająca skóra, nadmierne rogowacenie, pękające pięty, odciski, modzele, pęcherze, brodawki, grzybica skóry, grzybica paznokci, onycholiza, zgrubiałe paznokcie, wrastające paznokcie, haluksy, bunionette ( paluch krawca ), płaskostopie poprzeczne, płaskostopie podłużne, palce młoteczkowate, inne .....

.....  
.....

.....	L	PAZNOKCIE	P	.....
.....		PALCE		.....
.....		ŚRÓDSTOPIE		.....
.....		PIĘTY		.....

# KARTA ZABIEGOWA

DATA WIZYTY	OPIS ZABIEGU	PLAN KURACJI NA KOLEJNĄ WIZYTĘ	ZALECENIA DOMOWE	PRODUKTY ZAKUPIONE LUB ZALECONE