**АНКЕТА**

***Дата проведения: «***\_\_\_***»***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***202***\_\_***г. Город проведения:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фамилия Имя Отчество**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Город проживания**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактный тел.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**E-Mail:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вид деятельности**: ⃝ сидячий ⃝ подвижный ⃝ средний

 **О ЗДОРОВЬЕ:**

**Жалобы на состояние здоровья (болезни позвоночника и суставов, травмы и операции, укажите известные хронические и аутоиммунные заболевания, родовые травмы):** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………

**Сосудистые проблемы и аномалии( варикозная болезнь, атеросклероз сосудов нижних конечностей, сосудов шеи и головного мозга, аневризмы):** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Головные боли, мигрени:** ⃝ НЕТ ⃝ ДА, как часто и когда начались?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Головокружение:** ⃝ НЕТ ⃝ ДА, как часто и когда начались?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дискомфорт тела**: ⃝ шея ⃝ плечи / грудная клетка ⃝поясница ⃝колени

**Сон:** ⃝ плохой ⃝беспокойный(дискомфорт тела) ⃝хороший

**Давление:**  ⃝ низкое ⃝ норма ⃝высокое, какое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Зрение, описать проблемы:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Операции на глаза:** ⃝ нет ⃝ да, когда были?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заболевание сосудов:**  ⃝ нет ⃝ да, какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Межпозвонковые грыжи:** ⃝ нет ⃝ да, где\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Наличие имплантов в теле**: ⃝ нет ⃝ да, где \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Онкология:** ⃝ нет ⃝ да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сахарный диабет**: ⃝ нет ⃝ да ⃝ инсулинозависимый

**Беременность в настоящий момент:** ⃝ нет ⃝ да

**Употребление сегодня алкоголя/лекарства:** ⃝ нет ⃝ да, что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вы ранее были у специалистов по разблокировке сустава?** ⃝ нет ⃝ да, когда и у кого? ……………...........

**Как Вы узнали о нас?** ⃝ YouTube ⃝ Instaqram ⃝ Друзья ⃝ Родственники ⃝ Поиск в интернете

⃝ другое, что? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⃝ По рекомендации уже прошедшего процедуру(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Даю согласие на размещение фото и видеоматериалов моего результата до и после процедуры, а так же моих отзывов, в интернете, для помощи другим (ваш результат может помочь улучшить жизнь многим)?**  ⃝ нет ⃝ да Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Перед прохождением сеанса я был проинформирован о следующем:***

**Разблокировка затылочного сустава не является видом медицинского лечения или диагностики, представляет собой метод снятия напряжения с мышц, при помощи их разминки специальным тренажером и тренировки физическими упражнениями, в результате которых достигаются улучшения в работе опорно-двигательного аппарата.**

Сеанс не заменяет медицинское лечение или диагностику, не требует медицинского образования или лицензии. Данный метод не применяет лекарственные препараты или лечебные практики, не является хиропрактикой, мануальной терапией или остеопатической техникой воздействия на позвоночник/позвоночный столб. Если вы проходите курс медицинского лечения в данный момент, то он не должен быть прекращен или приостановлен. Никакие медицинские предписания не должны быть отменены. Вы берете на себя полную добровольную ответственность за любые решения принятые, касательно применения к вам метода разблокировки затылочного сустава.

**С противопоказаниями к проведению процедуры ознакомлен.**

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д ата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

***Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, полностью проинформирован о профилактическом не медицинском методе «Ровная спина», беру на себя всю ответственность за последствия, подтверждаю моё добровольное согласие и изъявляю собственное желание на применение ко мне метода «Ровная спина». Я даю своё согласие на обработку и систематизацию данных, указанных мною в анкете, при условии не разглашения личной информации и передачи её третьим лицам.***

Ф.И.О.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.