

FISA BOLNAVULUI

Semnatarul prezentului document, răspunde personal pentru exactitatea datelor și informațiilor furnizate, iar toate rubricile se completează pe proprie răspundere.

Prin completarea fișei bolnavului, semnatarul declară expres că este de acord să divulge informații cu privire la starea sa de sănătate precum și cu privire la toate datele din formular (date de identificare, stare civilă, etc.), că a luat cunoștința despre drepturile sale legale în ceea ce privește prelucrarea datelor personale și că acestea pot fi stocate de persoanele desemnate de Fundația Umanitară „SĂNĂTATE PRIN GÂNDIRE ȘI ALIMENTAȚIE” – in memoriam ing. VALERIU POPA.

Semnatarul declară expres că are cunoștință despre conduita alimentară și de viață propusă de terapeuții Fundației din publicațiile acesteia¹, și în deplină cunoștință de cauză înțelege să ceară ajutorul pentru aplicarea metodelor alternative naturiste asupra cărora este pe deplin informat, știind totodată faptul că, acestea nu reprezintă o garanție de reușită a vindecării sau o garanție a ameliorării stării de sănătate².

1. numele de familie.....

2. **prenumele**.....

3. domiciliul

4. telefon fix..... telefon mobil..... fax.....

5. e-mail.....

6. data nașterii: ziua luna..... anul.....

7. locul nașterii: oraș/sat/comuna județ

8. grupa sanguină³

9. zodia⁴.....

10. numele și prenumele mamei.....

11. numele și prenumele tatălui.....

12. profesia

13. starea civilă : căsătorit..... nr. copii

14. diagnostic.....

15. anul/data stabilirii diagnosticului

16. tratamente urmate:

▪ **Intervenții chirurgicale**.....

▪ **Radioterapie**.....

▪ **Chimioterapie**.....

▪ **Medicație**

17. BI/CI seria....., nr emis de.....

la data de..... CNP.....

18. Solicit programarea la o consultație în cadrul Fundației Umanitare „SĂNĂTATE PRIN GÂNDIRE ȘI ALIMENTAȚIE” in memoriam ing. Valeriu Popa, știind că aceasta presupune modificarea fundamentală a conduitei mele alimentare și de viață.

19. AM / NU⁵ am înștiințat familia cu privire la intenția mea de a apela la terapiile naturiste.

20. AM / NU⁶ am sprijinul familiei în demersul pe care intenționez să îl fac. prin aplicarea la boala mea, a metodelor alternative naturiste ce mi-ar putea fi propuse în cadrul consultației.

21. AM / NU⁷ am mijloacele materiale necesare aplicării metodelor alternative naturiste ce îmi vor putea fi propuse în cadrul consultației.

Localitatea..... **data**.....**semnătura**.....

¹ Nu exista boala incurabila, Petre Anca, Editura Pro Plumb Bacău, 2008

² SOS Sanatate – publicatie lunara editata de Fundatia umanitara „Sanatate prin gandire si alimentatie” – in memoriam ing. Valeriu Popa

³ Dacă este cunoscută

⁴ Dacă este cunoscută

⁵ Mențineți afirmația corectă, restul barați.

⁶ Mențineți afirmația corectă, restul barați.

⁷ Mențineți afirmația corectă, restul barați.