

# Klinikk for Integrrert Medisin - Moss

## *Ansvarsbekreftelse og samsvarserklæring*

**Vennligst fyll ut skjema med BLOKKBOKSTAVER**

**Fullt navn:**.....

Adresse:.....

Postnummer: .....

Poststed:.....

Telefon: .....

E-post:.....

Fødselsdato:.....

Fødested og land: .....

Høyde: .....(cm)      Vekt:.....(kg)      Blodtype:....

### **Status ved utfylling, hvordan føler du deg nå?**

Smerter (ingen 0, utholdelig 10 og dårligst),      tall: .....

Energi/utmattelse (0 er dårligst),      tall: .....

Kroppstemperatur (0 er kald),      tall: .....

Fordøyelse (0 er dårlig),      tall: .....

### **Nåværende helseproblemer og/eller diagnoser (stikkordsform):**

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

### **Tidligere sykdommer og operasjoner/skader og når (stikkordsform):**

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

### **Legemidler/medisiner du bruker (kun legemidler):**

.....  
 .....

TimeWaver Med (medical). Lagrer data kun lokalt på klinikkens beskyttede maskiner  
 TimeWaver Frequency. Lagrer data kun lokalt på klinikkens beskyttede maskiner  
 Dantest HRV Pro. Lagrer data kun lokalt på klinikkens beskyttede maskiner  
 Bio-Well. Lagrer data på en sikker Amazon server, Kommunikasjonen fra klinikken er kryptert.  
 Oligoscan. Lagrer data på en sikker EU server. Kommunikasjonen fra klinikken er kryptert.

Vi gjør oppmerksom på at analyser som ikke lagres på klinikkens krypterte nett, teoretisk kan bli stjålet men dette er svært lite sannsynlig. Måledata inneholder ikke kliniske data (sykdomsbeskrivelser eller liknende) eller opplysninger ut over det som er nødvendig for at målingene skal kunne foretas. Klinikken kan ikke holdes ansvarlig for eventuelt tyveri av denne typen data, hvilket du aksepterer og bekrefter ved undertegnelse av ansvarsbekreftelsen.

**Nyhetsbrev.** Alle klienter vil motta et nyhetsbrev fra Uno Vita og klinikken slik at ny og relevant informasjon om behandlinger eller helseprodukter kommer klienten i hende. Ønsker man ikke å fortsette og motta nyhetsbrev melder man seg selv av og vil deretter ikke motta mer automatisert informasjon.

**Elektrostimulering, PEMF og elektromedisin generelt.** Bruk av TENS, mikrostrøm eller liknende terapier, slik som for eksempel pulserende magnetfelt og relatert teknologi, utføres ikke på personer med en eller flere av følgende tilstander: Epilepsi eller hjertefeil der klienten har hjertestarter, pacemaker eller andre apparater i kroppen. Elektrostimuli, PEMF eller TENS skal ikke brukes de første 6 månedene av svangerskapet, av blødere eller ved innvendige blødninger. Elektrostimuli kan medføre at kroppens celler lettere tar til seg næringsstoffer, farmasøytiske medisiner eller naturlige medisiner. Klienten er selv ansvarlig for hva han/hun inntar, og klinikken er følgelig ikke ansvarlig for eventuelle skader som måtte følge av inntak av substanser som kan tenkes å være skadelige.

**Viktig.** Behandling som har effekt, kan medføre at kroppen spontant påbegynner en avgiftingsprosess (utrenskning) etter en av de første behandlingene eller senere, selv om dette er mindre vanlig. Sykdomsframkallende bakterier, virus, sopp og parasitter kan begynne å dø ut som følge av behandlingen. Dette kan medføre reaksjoner som kan oppleves ubehagelige (tendens til hodepine, kvalme og inntil lett feber med 38-39 grader). Dette er normalt, men særlig viktig er hvis man opplever uventede, svært ubehagelige reaksjoner. Hvis dette skjer, vennligst:

1. Fortell oss om det med en gang
2. Drikk rikelig med vann og få i deg antioksidanter, kulltabletter, vitamin C mv. i anbefalte doseringer (eventuelt andre tilskudd etter avtale)
3. Få frisk luft, ta gjerne badstue og ta det litt mer ro inntil du føler deg bedre
4. Slutt med remedier du tror kan framskynde avgiftning inntil du føler deg bedre (gjelder da ikke elementene nevnt under punkt 2). Spør om du er i tvil.

**Betaling.** Vi gjør oppmerksom på at avtalte timer evt. må avbestilles minimum 24 timer før avtalt tid og mandagstimer senest tilsvarende tid fredagen før. Ubrukte avtalte timer vil bli fakturert i sin helhet etter til enhver tids gjeldende timepris.

**Bekreftet samtykke og samsvarserklæring.** Jeg samtykker med dette til behandling ved Klinikk for Integrert Medisin. Videre at jeg har lest, forstått og akseptert innholdet i denne ansvarsbekreftelsen og samsvarserklæring. Dette inkluderer at jeg er innforstått med at jeg selv er ansvarlig for min helse og ikke klinikken. Klinikken kan ikke holdes ansvarlig for min helse eller andre forhold som måtte oppstå så lenge jeg mottar behandling eller råd fra klinikken eller dens ansatte.

**Klientens navn med blokkbokstaver (eventuelt ansvarlig familiemedlem med fullmakt)**

**Navn:** .....

**Sted, dato**

.....

**Underskrift/Signatur**

.....