

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Imię i nazwisko		Data urodzenia (wiek)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adres		Tel. kontaktowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodzaj wykonywanej pracy	Wzrost (cm)	Ciężar początkowy	BMI
			Ciężar docelowy

Przy każdym pytaniu należy zaznaczyć właściwy kwadrat.

	Tak	Nie		Tak	Nie
Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leki		
Czy w ciągu ostatnich trzech miesięcy			Jeżeli przyjmujesz leki z niżej wymienionych, nie możesz stosować Etapu 1, 1b, 2, 3 i 4:		
- miałeś(-aś) atak serca (zawał mięśnia sercowego)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- antykoagulanty (przeciwzakrzepowe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- miałeś(-aś) udar mózgu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- przeciwdrgawkowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- miałeś(-aś) operację lub poważny uraz zdrowotny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- przeciwartymiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- urodziłaś dziecko (do kobiet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- psychotropowe (w tym sole litu)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy cierpisz na:			Jeżeli przyjmujesz leki z wymienionych niżej, lekarz musi dostosować dawki leków podczas odchudzania DC		
- niewydolność nerek, wątroby lub trzustki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- hipotensyjne (obniżające ciśnienie krwi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poważne schorzenie serca (arytmia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- diuretyczne (moczopędne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- porfirię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- leki wspomagające wydalanie kwasu moczowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ciężką depresję?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- leki hipoglikemiczne (przy cukrzycy typu II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dusznicę bolesną (chorobę wieńcową)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- zaburzenia odżywiania (anoreksję, bulimię)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- cukrzycę I typu (insulinozależną)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- nietolerancję białka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Jeżeli odpowiedziałeś TAK na jedno z pytań nie możesz zastosować żadnego z programów Diety Cambridge.			Proszę wpisać poniżej wszystkie przyjmowane leki (poza pigułkami antykoncepcyjnymi):		

Czy występują u Ciebie takie schorzenia jak:

- depresja Tak Nie
- kamica żółciowa Tak Nie
- wysokie ciśnienie krwi >140 > 80 Tak Nie
- schorzenia serca, wątroby, nerek Tak Nie
- dna moczanowa Tak Nie
- BMI >40 Tak Nie
- choroba nowotworowa Tak Nie

Jeśli cierpisz na którekolwiek z wyżej podanych schorzeń, przed rozpoczęciem odchudzania bezwzględnie musisz uzyskać zgodę lekarza.

Wymień inne schorzenia, na które cierpisz:

Jeśli występuje u Ciebie alergia na:

- orzechy ziemne? Tak Nie
- drożdże? Tak Nie
- jajka? Tak Nie
- soję? Tak Nie
- inne Tak Nie

lub nietolerancja

- glutenu? Tak Nie
- aspartamu? Tak Nie
- laktozy? Tak Nie
- inne Tak Nie

Konsultant wskaże Ci stosowne produkty.

Deklaracja Klienta

- Podane powyżej informacje są prawdziwe.
- Rozumiem, że aby rozpocząć stosowanie programu DC Etap1A muszę otrzymać zgodę lekarza prowadzącego.
- Rozumiem konieczność trzymania się wyznaczonego programu odchudzania zgodnie z instrukcjami udzielonymi przez Konsultanta oraz załączonymi materiałami dotyczącymi DC
- Jeżeli stan mojego zdrowia zmieni się podczas stosowania Diety Cambridge, zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie mojego Konsultanta.

HOL-TRADE Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Belgradzkiej 4 jest administratorem danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 roku, nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie Zdrowia i Karcie Konsultacji, tzn. danych dotyczących mego stanu zdrowia, przez HOL-TRADE Sp. z o. o. w celu realizacji programu wspomagającego odchudzanie pod nazwą Dieta Cambridge jak i archiwizacji oraz w celu informowania o nowych produktach oferowanych przez firmę. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o moim prawie do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Podpis Klienta	Data

Uwaga do lekarzy

Konsultant Diety Cambridge nie dostarczy w żadnym przypadku produktów Diety Cambridge osobom aktualnie poddawany terapiom leczniczym lub tym, które ostatnio chorowały, bez zgody lekarza wyrażonej na piśmie.

Czy można pacjentowi dostarczyć produkty Diety Cambridge (412+550 kilokalorii dziennie)? Tak Nie

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i nazwisko lekarza	Data
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres lekarza	Podpis lekarza