

ZGODA NA TERAPIĘ DIETETYCZNĄ

1. Zgodnie z art. 16 -18 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 r. Nr 52 poz. 417 z późn. zm.) wyrażam zgodę na korzystanie z usług świadczonych przez wykwalifikowany personel Gabinetu Dietetycznego ComplEAT Agnieszka Cioś Sympatyczna 14/36, 20-530 Lublin NIP: 9222974888.
2. Oświadczam, że udzieliłam/em prawdziwych, szczerych, rzetelnych i wyczerpujących informacji na pytania zawarte w ankiecie i zadane przez Dietetyka w czasie wywiadu żywieniowego.
3. Oświadczam, że jestem świadoma/my o konieczności powiadomienia Dietetyka o wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia.
4. Oświadczam, że będę stosować się do otrzymanych od Dietetyka indywidualnie przygotowanych dla mnie materiałów żywieniowych, a w razie wystąpienia wątpliwości, co do diety i zaleceń skontaktuję się z Dietetykiem.
5. Mam świadomość, że zastosowane terapie dietetyczne mogą być niewystarczające do zagwarantowania zadowalającego efektu dietoterapii (tj. poprawy mojego stanu zdrowia oraz wyników badań), głównie w wyniku występowania czynników poza dietetycznych. W razie podejrzenia występowania ukrytych stanów chorobowych zgadzam się na odbycie konsultacji u innego specjalisty

.....

Podpis, data