

Zgoda na przeprowadzenie badań i zabiegów SCIO

Badanie informacji zwrotnej - biofeedbacku z napięcia potencjałów wywołanych umożliwia nam dokonanie pomiaru reakcji elektrycznych ciała na bodźce. Ocena przepływu energii, oparta na takiej informacji zwrotnej, pomaga zidentyfikować różne czynniki stresogenne, które mogą utrudniać proces elektryczny. Ocena może zawierać zalecenia dotyczące naturalnych środków leczniczych, kuracji, metod redukcji stresu i/lub zmian żywieniowych, mających na celu zrównoważenie i wzmocnienie szeroko pojętego dobrostanu. Te zalecenia nie stanowią lekarstw na znane choroby, a ich skuteczność w eliminacji określonego procesu chorobowego nie została potwierdzona klinicznie. Ocena biofeedbackowa nie jest metodą diagnozowania, a proponowane w jej wyniku remedia nie mają na celu zastąpienia żadnego z leków lub zabiegów obecnie stosowanych przez pacjenta/klienta lub zaleconych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

1. W pełni rozumiem, że prowadzący badanie konsultant nie jest lekarzem medycyny naukowej, oraz nie udaje, iż nim jest, lecz jest osobą promującą zdrowie, świadczącą usługi, które nie są usługami leczniczymi, choć mieszczą się w założeniach filozofii naturalnego zdrowia i dobrostanu.
2. W pełni rozumiem, że w oparciu o zakres swojej praktyki, konsultant prowadzący badanie nie oferuje leków alopacyjnych, zabiegów chirurgicznych, leków chemicznych ani radioterapii, lecz dostarcza informacji i naturalnych produktów, aby przywrócić naturalną równowagę i optymalne warunki do powrotu do zdrowia i dobrego samopoczucia.
3. W pełni rozumiem, że konsultant nie stawia diagnoz, ani nie oferuje leczenia żadnej choroby lub schorzenia, lecz tylko prowadzi oparty na informacji zwrotnej (ang. biofeedback) pomiar równowagi i kompletnych odpowiedzi stresowych organizmu, oraz iż usługi te mogą nie być powszechnie akceptowane i/lub zalecane przez lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia.
4. W pełni rozumiem, że konsultant prowadzący badanie nie zachęca mnie do rezygnacji, lub zmodyfikowania wcześniejszych lub trwających terapii prowadzonych pod kierunkiem licencjonowanego lekarza, oraz że konsultant nie może ani i nie odwiedzić mnie od poszukiwania rozwiązań, zaleceń lub procedur terapii alopacyjnych zalecanych przez licencjonowanego lekarza.
5. Obecnie poszukuję konsultacji, porady, opinii i/lub programów, testów, oceny i/lub produktów, istniejących w ramach praktyki zdrowia i dobrostanu, konsultanta prowadzącego badanie, opartych o zasady zdrowia wynikającego z odpowiedzi zwrotnej organizmu (ang. biofeedback) oraz zamawiam usługi świadczone przez prowadzącego konsultanta w dobrej wierze, podejmując decyzję z własnej woli oraz zgodnie z nakazami własnego sumienia, które pozwala mi swobodnie wybierać, to co uznaję za najbardziej korzystne dla mojego zdrowia.
6. Biorę pełną odpowiedzialność prawną i ogólną za towarzyszącą mi osobę niepełnoletnią lub nie posiadającą zdolności prawnej, która korzysta z ww. usługi.
7. Upoważniam konsultanta prowadzącego badanie do świadczeniu mi usług w moim imieniu, a także niniejszym zwalnim go z wszelkich skarg i ewentualnych roszczeń, wynikających z podjętych przeze mnie działań, lub nie podjęcia przeze mnie działania w odpowiedzi na udzielone mi porady. Jestem przekonany/przekonana, że rozumiem w pełni całą treść tego dokumentu, a konsultant prowadzący badanie odpowiedział zadowalająco na wszystkie moje pytania dotyczące tego formularza.
8. Jestem gotowy/gotowa oświadczyć/wyrazić zgodę na wszystkie z powyższych stwierdzeń na wniosek konsultanta prowadzącego badanie.

Wyrażam zgodę i zezwalam na przeprowadzenie wyżej opisanej oceny, konsultacji i zabiegów SCIO.

.....
Podpis klienta/*Podpis rodzica lub opiekuna
prawnej osoby poniżej 18 roku życia*

.....
Data