

## Formularz zgody Klienta

Prosimy o uzupełnienie poniższych informacji:

### Dane osobowe:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

Kontakt awaryjny:

Imię i Nazwisko:

Rodzaj znajomości:

Numer telefonu:

### Poziom aktywności fizycznej:

- 1.jestem profesjonalistą:
- 2.jestem amatorem, ćwiczę  
regularnie:
- 3.jestem amatorem, ćwiczę  
nieregularnie:
- 4.jestem amatorem, nie ćwiczę w  
ogóle/dawno nie ćwoczyłem/am

### Prosimy o uważne przeczytanie poniższych informacji przed rozpoczęciem treningu:

- Trening oparty na stymulacji mięśniowej nie jest zalecany osobom poniżej 16 roku życia.
- Z uwagi na intensywność treningu i ryzyko urazu, zalecamy uzyskanie zgody lekarza na używanie sprzętu ćwiczeniowego lub udział w jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Zaświadczenie o braku przeciwwskazań jest obowiązkowe dla osób powyżej 50 roku życia. Podejmując się ćwiczeń lub treningu działają państwo na własną odpowiedzialność.

- Ponoszą państwo odpowiedzialność za wykonywanie ćwiczeń w granicach własnych możliwości i zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Jakikolwiek rekomendacje względem produktów związanych z suplementacją diety, redukcją wagi ciała i/lub wzmocnieniem mięśni są całkowicie zależne od Państwa i powinny być skonsultowane z lekarzem zanim zostaną wprowadzone do diety.
- Podczas treningu EMS (elektrycznej stymulacji mięśni) mięśnie są stymulowane przez elektrody o niskim natężeniu elektrycznym. Oznacza to, że kończyny (ręce i nogi) muszą być napięte zanim dotrze do nich impuls elektryczny.
- Jeżeli planują Państwo badanie krwi, prosimy poinformować swojego lekarza o konieczności przerwy od 2 do 6 dni po ostatnim treningu EMS w celu uniknięcia zakrzywienia wyniku badania. Podczas treningu EMS, a także po jego zakończeniu w organizmie może utrzymywać się wysoki poziom kreatyny.
- Prosimy natychmiast poinformować trenera jeżeli zaistnieje jedna z poniższych sytuacji:
  - Jeżeli na ciele występują jakiegokolwiek uszkodzenia skóry (np. rany, stany zapalne, oparzenia, swędzenie, wypryski itp.), elektrody nie mogą być umieszczone w ich pobliżu!
  - Jeżeli podczas treningu wystąpi uczucie pieczenia skóry, trening musi być niezwłocznie przerwany a urządzenie musi być natychmiast wyłączone!
  - Jeżeli w czasie treningu wystąpi złe samopoczucie, zawroty głowy, uczucie omdlenia, ból w klatce piersiowej lub inne formy dyskomfortu fizycznego, trening powinien być natychmiast przerwany!
- Przeciwwskazania – nie zaleca się treningu EMS osobom z poniższymi schorzeniami lub jest on dopuszczalny tylko i wyłącznie za zgodą lekarza:

Prosimy zaznaczyć Tak lub Nie dla każdego z poniższych punktów. 'Tak' oznacza obecność danego schorzenia. 'Nie' oznacza brak schorzenia.

- Przepuklina brzuszna lub pachwinowa Tak/ Nie
- Ostre zapalenie bakteryjne lub wirusowe Tak/ Nie
- Zaawansowana miażdżyca Tak / Nie
- Zaawansowana Dystrofia Mięśniowa Tak / Nie
- Stwardnienie boczne zanikowe Tak / Nie
- Jakiegokolwiek schorzenia serca Tak / Nie
- Zapalenie stawów Tak / Nie
- Astma lub inne schorzenia płuc Tak / Nie
- Krwawienia (krwotoki), zaburzenia krzepnięcia (hemofilia) Tak / Nie
- Rozrusznik serca lub inne metalowe implanty Tak / Nie
- Cukrzyca Tak / Nie
- Zaburzenia elektrolitowe (hipokaliemia) Tak / Nie
- Gorączka Tak / Nie
- Zaburzenia pracy serca Tak / Nie
- Wysoki poziom kreatyny (niedoczynność tarczycy, mocznica) Tak / Nie
- Niekontrolowane nadciśnienie tętnicze (200/105) Tak / Nie
- Zespół Marfana Tak / Nie
- Stwardnienie rozsiane Tak / Nie
- Choroba Parkinsona Tak / Nie
- Cięża Tak / NIE
- Implanty (jeśli TAK to gdzie)..... TAK/NIE
- Karmienie piersią Tak / Nie
- Zaburzenia psychiczne (np. schizofrenia) Tak / Nie
- Poważne choroby neurologiczne Tak / Nie
- Ciężkie zaburzenia krążenia krwi Tak / Nie
- Skóra wrażliwa ze skłonnością do podrażnień Tak / Nie
- Wypadanie/Pęknięcie dysku kręgowego (przepuklina dysku) Tak / Nie
- Obrzęk tkanek miękkich Tak / Nie
- Padaczka Tak / Nie
- Paraliż spastyczny Tak / Nie
- Zakrzepica lub tendencje zakrzepowe Tak / Nie
- Tyreotoksykoza (w związku z nadczynnością tarczycy) Tak / Nie
- Gruźlica Tak / Nie
- Nowotwory, guzy Tak / Nie
- Niekontrolowany obrzęk śluzowaty (ostra niedoczynność tarczycy) Tak / Nie
- Inne (jakie?):..... Tak / Nie

\*UWAGA-w trakcie menstruacji trening EMS nie jest wskazany.

**Deklaracja:**

Podpisując deklarację oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje, i że nie cierpię na żadne z wyżej wymienionych schorzeń. Lub, oświadczam, że cierpię na jedno lub więcej z wymienionych schorzeń, i że posiadam medyczne oświadczenie o zgodzie na wykonywanie treningu EMS.

Dobrowolnie zgadzam się na udział w ćwiczeniach i korzystanie ze sprzętu ćwiczeniowego oraz lokalu, a także biorę odpowiedzialność za jakiegokolwiek potencjalne zagrożenia, włączając uszkodzenia ciała, chorobę, utratę mienia lub śmierć.

Składając swój podpis, potwierdzam, że rozumiem zawartość deklaracji, i że każda jej zmiana wymaga formy pisemnej.

Data: .....

Podpis: .....

Pozostałe warunki:

Składając swój podpis zgadzam się na poniższe warunki rezerwowania lub odwoływania sesji treningowych:

**POZIOM**

- Zmiana lub odwołanie sesji treningowej:

➤ **Zmiana lub odwołanie wcześniej zarezerwowanego terminu treningu jest bezpłatna pod warunkiem, że jest ona dokonana przynajmniej na 24 godziny przed planowanym treningiem.**

- W przypadku spóźnienia większego niż 5 minut zamiast treningu zaproponowany zostanie 10 minutowy program poprawiający kondycję układu krążenia lub 10 minutowy masaż.

Data: ..... Podpis: .....