

## FISA BOLNAVULUI

Semnatarii prezentului document (minor între 14-18 ani și părinții săi), răspund personal pentru exactitatea datelor și informațiilor furnizate, iar toate rubricile se completează pe proprie răspundere.

Prin completarea fișei bolnavului, semnatarii declară expres că sunt de acord să divulge informații cu privire la starea de sănătate precum și cu privire la toate datele din formular (date de identificare, stare civilă, etc.), că au luat cunoștința despre drepturile legale în ceea ce privește prelucrarea datelor personale și că acestea pot fi stocate de persoanele desemnate de Fundația Umanitară „SĂNĂTATE PRIN GANDIRE SI ALIMENTATIE” – in memoriam ing. VALERIU POPA.

Semnatarii declară expres că au cunoștință despre conduita alimentară și de viață propusă de terapeuții Fundației din publicațiile acesteia<sup>1</sup>, și în deplină cunoștință de cauză înțeleg să ceară ajutorul pentru aplicarea metodelor alternative naturiste asupra cărora sunt pe deplin informați, știind totodată faptul că, acestea nu reprezintă o garanție de reușită a vindecării sau o garanție a ameliorării stării de sănătate<sup>2</sup>.

1. **numele de familie**.....

2. **prenumele**.....

3. domiciliul .....

4. oraș/sat/comuna ..... județ .....

5. telefon fix..... telefon mobil..... fax.....

6. e-mail.....

7. data nașterii: ziua ..... luna..... anul.....

8. locul nașterii: oraș/sat/comuna ..... județ .....

9. grupa sanguină<sup>3</sup> .....

10. zodia<sup>4</sup>.....

11. numele și prenumele mamei.....

12. BI/CI mama: seria....., nr ..... emis de..... la data de..... CNP.....

13. numele și prenumele tatălui.....

14. BI/CI tată; seria....., nr ..... emis de..... la data de..... CNP.....

15. **diagnostic**.....

16. **anul/data stabilirii diagnosticului** .....

17. **tratamente urmate:**

▪ **Intervenții chirurgicale**.....

▪ **Radioterapie**.....

▪ **Chimioterapie**.....

▪ **Medicație** .....

18. BI/CI minor seria ..... , nr ..... emis de..... la data de..... CNP.....

19. Solicit programarea la o consultație în cadrul Fundației Umanitare „SĂNĂTATE PRIN GÂNDIRE ȘI ALIMENTAȚIE” in memoriam ing. Valeriu Popa, știind că aceasta presupune modificarea fundamentală a conduitei mele alimentare și de viață.

20. AM am înștiințat familia cu privire la intenția mea de a apela la terapiile naturiste și am sprijinul familiei în demersul pe care intenționez să îl fac, prin aplicarea la boala mea, a metodelor alternative naturiste ce mi-ar putea fi propuse în cadrul consultației.

21. AM / NU<sup>5</sup> am mijloacele materiale necesare aplicării metodelor alternative naturiste ce îmi vor putea fi propuse în cadrul consultației.

Localitatea..... data.....

Semnătura minor

Semnătura mama

Semnătura tată

<sup>1</sup> Nu exista boala incurabila, Petre Anca, Editura Pro Plumb Bacău, 2008

<sup>2</sup> SOS Sanatate – publicatie lunara editata de Fundatia umanitara „Sanatate prin gandire si alimentatie” – in memoriam ing. Valeriu Popa

<sup>3</sup> Dacă este cunoscută

<sup>4</sup> Dacă este cunoscută

<sup>5</sup> Mențineți afirmația corectă, restul barați.