



JustFit Toruń
Centrum Treningów Personalnych
Kościuszko Business Point - parter
87-100 Toruń ul. Kościuszki 71/8
tel. 737 722 808 ; 509 269 196
www.justfitpolska.pl

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:

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.
- Jakiegokolwiek 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 |
| ➤ Rak | 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 lub 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 |



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:

- 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.
 - Zmiana lub odwołanie wcześniej zarezerwowanego terminu treningu **na mniej niż 24 godziny** przed planowanym treningiem podlega opłacie w wysokości ceny treningu.
- Opuszczenie wcześniej zarezerwowanego treningu podlega opłacie w wysokości ceny treningu.
- W przypadku **spóźnienia większego niż 5 minut** zamiast treningu zaproponowany zostanie 10 minutowy program poprawiający kondycję układu krążenia lub 10 minutowy masaż.

Data: Podpis: