

IMIĘ I NAZWISKO _____

Współpraca z Gabinetem Dietetycznym dr inż. Olgi Paluchowskiej (Gabinetem):

Gabinet jest miejscem, gdzie wciąż podnoszący swoje kwalifikacje zespół specjalistów dokłada wszelkich starań, by zgodnie z aktualną wiedzą, mogli Państwo osiągnąć jak najlepsze efekty kosmetyczne lub zdrowotne.

I. Pierwsza wizyta:

- trwa około 40 minut (wywiad, pomiar masy i składu ciała, ułożenia planu żywieniowego lub założenie karty metabolic balance)
- koszt 350 zł (dr inż. Olga Paluchowska), 250 zł (mgr Daria Sitko - Walczak)

II. Wizyta kontrolna:

- trwa 20 minut (omówienie postępów pacjenta, pomiar masy i składu ciała, modyfikacji planu żywieniowego)
- koszt 200 zł (I kontrolna) 180 zł (kolejne kontrolne) (dr Paluchowska) lub 150 zł (mgr Daria Sitko - Walczak)
- bezpłatnie w przypadku pakietu metabolic balance (odebranie planu + 9 wizyt kontrolnych) - mgr D. Sitko (dietetyk) lub mgr J. Hir (dietetyk i coach żywienia)

III. Pakiet metabolic balance:

- badania (36 parametrów + krzywa glukozy i insuliny), utworzenia planu w Instytucie w Isen w Niemczech, wydanie planu, 9 wizyt kontrolnych
- koszt 2500 zł.

III. Dietetyk prowadzący:

Gabinet prowadzi głównie osoby z dużymi obciążeniami zdrowotnymi: min. cukrzyca i jej powikłania, zespoły chorób endokrynych, zaburzenia psychiczne. W związku z tym:

1.1. osoby ze znacznymi obciążeniami mają pierwszeństwo i są priorytetowo zapisywane na wizyty do dr Olgi Paluchowskiej,

1.2. osoby zdrowe lub już stabilne, odbywają wizyty kontrolne u dr Paluchowskiej lub mgr D. Sitko - Walczak (dietetyk) lub mgr Jolanty Hir (dietetyk i coach żywienia) - ustala to p. doktor, w zależności od stanu zdrowia pacjenta.

1.3. w razie pilnej potrzeby zawsze jest możliwość skontaktowania się mailowo bezpośrednio z dr Paluchowską drogą mailową.

Dr inż. Olga Paluchowska dokłada starań, żeby zgodnie z nieustającym postępem medycyny podnosić swoje kwalifikacje (szkolenia i kongresy) i skuteczniej rozwiązywać Państwa problemy. Czasem, jak każdy, również choruje.

Z tego powodu wizyty personalnie u dr inż. Olgi Paluchowskiej nie zawsze są możliwe. W takiej sytuacji Państwo nie pozostają bez opieki - do dyspozycji pozostają mgr Daria Sitko - Walczak i mgr Jolanta Hir (upoważnione do zastępowania dr inż. Olgi Paluchowskiej) oraz kontakt mailowy z p. Doktor.

IV. Potwierdzanie i odwoływanie wizyt:

1. Wszystkie wizyty odbywają się po wcześniejszej rezerwacji terminu drogą telefoniczną lub mailową.
2. **Odwołanie wizyty, zarówno z naszej jak i pacjenta strony, odbywa się minimum 24 godziny przed wizytą.**
3. **Odwołanie wizyty mniej niż 24 godziny przed wizytą wiąże się z:**
 - 3.1. W przypadku dietetyki klasycznej - opłatą + 50% przy kolejnej wizycie.
 - 3.2. W przypadku pacjentów metabolic balance - utratą jednej wizyty z pakietu
 - 3.3. Jeżeli wizyta zostaje odwołana przez Gabinet pacjent otrzymuje 50% zniżki przy kolejnej wizycie (dietetyka klasyczna) lub zyskuje wizytę dopisaną do pakietu metabolic balance.

V. Kontakt:

1. Na maile odpowiadamy w 24 do 48 godzin (z wyłączeniem weekendów), a przez cały okres współpracy, do Państwa dyspozycji pozostają:
 - 1.1. **Paulina Sosnowska - rejestratorka medyczna**, odpowiada za umawianie i odwoływanie wizyt - rejestracja@drpaluchowska.pl, tel.: 798-56-13-13
 - 1.2. **mgr Daria Sitko - Walczak - dietetyk**, upoważniony do zastępowania dr inż. Olgi Paluchowskiej - d.sitko@drpaluchowska.pl
 - 1.3. **mgr Jolanta Hir** - dietetyk i coach żywienia, j.hir@drpaluchowska.pl
 - 1.4. **dr inż. Olga Paluchowska** (dro.paluchowska@gmail.com)

VI. Materiały dla pacjentów:

1. Propozycje potraw, wywiady - facebook, „Gabinet Dietetyczny dr inż. Olga Paluchowska”
2. Seria nagrań z podstawowymi informacjami dostępna na You Tube - “olga Paluchowska - mity dietetyczne”
3. Artykuły, nagrania, informacje dla pacjentów: www.drpaluchowska.pl

Z wyrazami szacunku - Zespół Gabinetu Dietetycznego Dr inż. Olgi Paluchowskiej

Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję zasady współpracy z Gabinetem Dietetycznym dr inż. Olgi Paluchowskiej.

Wyrażam zgodę na kontakt mailowy i telefoniczny związany z obsługą Pacjenta przez Gabinet, w szczególności umawianie i odwoływanie wizyt oraz czynności związane z obsługą planu żywieniowego.

Data, imię i nazwisko: _____

podpis pacjenta: _____

RODO:

1. Wyrażam zgodę dla Gabinetu Dietetycznego dr inż. Olgi Paluchowskiej zarejestrowanego pod nazwą Light Green Olga Paluchowska (zwanego dalej Gabinetem) na przetwarzanie moich danych osobowych zwykłych (imienia i nazwiska, adresu, nr PESEL) i wrażliwych danych medycznych na potrzeby stworzenia planu żywieniowego diety klasycznej lub planu żywieniowego metabolic balance® (produktu Metabolic Balance GmbH & Co KG Isen, Germany).
2. W przypadku planu żywieniowego diety klasycznej administratorem danych jest Gabinet oraz podmioty współpracujące z Gabinetem w związku ze świadczonymi przez Gabinet. usługami. Wszystkie dane są zabezpieczone, dane w formie elektronicznej są zabezpieczone hasłami.
3. W przypadku planu żywieniowego metabolic balance® administratorem danych jest Gabinet, Metabolic Balance GmbH & Co KG oraz podmioty współpracujące z Gabinetem w związku ze świadczonymi przez Gabinet usługami. Wszystkie dane są zabezpieczone, dane w formie elektronicznej są zabezpieczone hasłami. Dane podlegające Metabolic Balance GmbH & Co KG pozostają na platformie Metabolic Balance GmbH & Co KG, zabezpieczone hasłami. Polityka prywatności Metabolic Balance GmbH & Co KG do wglądu na: <https://int.metabolic-balance.com/Data-protection>
4. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu zawarcia i realizacji umowy oraz wykonywania przez Administratora danych wszelkich czynności w celu należytego świadczenia usług objętych przedmiotem działalności.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zawartej z Gabinetem lub Metabolic Balance umowy lub świadczenia przez Gabinet usług objętych przedmiotem działalności na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. b) Rozporządzenia i zgodnie z jego treścią.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania umowy oraz po jej rozwiązaniu lub wygaśnięciu przez okres niezbędny do zakończenia realizacji wszelkich obowiązków stron wynikających z umowy.
7. Pani/Pana dane osobowe zostały pozyskane bezpośrednio przez Gabinet. w związku z nawiązaną współpracą, bądź od podwykonawców.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Data, imię i nazwisko: _____

podpis pacjenta: _____