

WZÓR ANKIETY WYPEŁNIANEJ NA PRECASTINGU „HIPNOZA”

W związku z moim udziałem w precastingu do Audycji oświadczam, że dobrowolnie udostępniam informacje zawarte w niniejszej ankiecie o moim stanie zdrowia Organizatorowi i Nadawcy. Poprzez podpisanie niniejszej ankiety wyrażam również zgodę na wykorzystanie informacji o moim stanie zdrowia przez Organizatora i/albo Nadawcę do celów związanych z prowadzonym precastingiem, castingiem oraz realizacją zdjęć do Audycji i eksploatacją Audycji.

1. Czy kiedykolwiek był Pan/Pani poddawany/a hipnozie?

TAK

NIE

- Jeśli tak, to jakie były Pana/Pani doświadczenia i wrażenia? Podobało się Panu/Pani?

.....
.....

2. Czy posiada Pan/Pani jakieś lęki lub fobie?

TAK

NIE

- Jeśli TAK, to jakie i dlaczego?

.....
.....

3. Czy kiedykolwiek chorował Pan/Pani na astmę?

TAK

NIE

4. Czy cierpi Pan/Pani jakieś alergie lub uczulenia?

TAK

NIE

- Jeśli TAK, to jakie?

.....
.....

5. Czy kiedykolwiek cierpiał Pan/Pani na epilepsję (padaczkę)?

TAK

NIE

6. Czy kiedykolwiek przeżył Pan/Pani paraliż lub udar?

TAK

NIE

7. Czy kiedykolwiek cierpiał Pan/Pani na przewlekłe, silne bóle głowy?

TAK

NIE

8. Czy kiedykolwiek cierpiał Pan/Pani na choroby systemu nerwowego lub mózgu?

TAK

NIE

9. Czy kiedykolwiek chorował Pan/Pani na schizofrenię?

TAK

NIE

10. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę afektywną dwubiegunową?

TAK

NIE

11. Czy cierpi Pan/ Pani na nadciśnienie krwi?

TAK

NIE

12. Czy kiedykolwiek przeżył Pan/Pani zawał serca?

TAK

NIE

13. Czy kiedykolwiek cierpiał Pan/Pani dławicę piersiową (dusznicę bolesną)?

TAK

NIE

14. Czy kiedykolwiek cierpiał Pan/Pani na podwyższony cholesterol?

TAK

NIE

15. Czy cierpi Pan/Pani na jakiegokolwiek inne choroby i schorzenia serca lub układu krwionośnego?

TAK

NIE

- Jeśli TAK, to jakie?

.....
.....

16. Czy miał Pan/Pani wymienianą zastawkę serca?

TAK

NIE

17. Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca?

TAK

NIE

18. Czy kiedykolwiek Pan/Pani chorował/a na jakiegokolwiek choroby psychiczne?

TAK

NIE

- Jeśli TAK, to jakie?

.....
.....

19. Czy obecnie znajduje się Pan/Pani pod opieką psychiatryczną? Czy jest Pan/Pani w trakcie leczenia psychiatrycznego?

TAK

NIE

20. Czy członek Pana/Pani rodziny cierpi na jakąkolwiek chorobę psychiczną?

TAK

NIE

21. Czy przyjmuje Pan/Pani leki o działaniu psychoaktywnym?

TAK

NIE

22. Czy pojawiały się w przeszłości u Pana/Pani , któreś z poniższych symptomów?:

- zasłabnięcia
- omdlenia
- nagła utrata przytomności
- uraz głowy

Jeśli tak to w jakich okolicznościach i ile razy?

.....

23. Czy ma Pan/Pani jakiegokolwiek zwyrodnienia lub choroby kręgosłupa?

TAK

NIE

Jeśli TAK, to jakie?

.....
.....

24. Czy cierpi Pan/Pani na jakiegokolwiek inne choroby / problemy fizyczne lub psychiczne, o których powinniśmy wiedzieć.

TAK

NIE

- Jeśli TAK, to jakie?

.....
.....

25. Czy byłeś kiedykolwiek leczony lub miałeś problemy z nadużywaniem alkoholu?

TAK

NIE

26. Czy byłeś kiedykolwiek leczony lub miałeś problemy z używaniem narkotyków?

TAK

NIE

.....
Data i podpis

„Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji programu „HIPNOZA” realizowanego przez ATM GRUPA S.A. z siedzibą w Bielanych Wrocławskich, ul. Dwa Światy 1, Kobierzyce. (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r.).

.....
data

.....
podpis

Dane osobowe są przetwarzane przez ATM GRUPA S.A. z siedzibą w Bielanych Wrocławskich, ul. Dwa Światy 1, Kobierzyce w celu i zakresie jakim zostały przez Uczestnika udostępnione, oraz zgodnie z udzielonymi przez Użytkownika dyspozycjami. Użytkownik ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania oraz ma prawo wnieść pisemnie, umotywowane żądanie zaprzestania przetwarzania danych a także wnieść sprzeciw wobec przetwarzania jego danych, w przypadkach wskazanych przez prawo. Podanie danych jest dobrowolne aczkolwiek niepodanie niektórych zgodnie z może uniemożliwić udział w konkursie.