

DR.SAVAN GÜNAY

IMMUN SİSTEM AKTİVASYON FORMU (ISAK)

İSİM-SOYİSİM/NAME-SURNAME		
ADRES TEL:		
Doğum tarihi	Boy :	Kilo:
Lütfen aşağıdaki hastalıklardan geçirmiş veya geçirmekte olduğunuzu işaretleyiniz.		
Please sign the shown illnesses that you had or still having from below.		
ISAK uygulanacak kişi ile ilgili kronik hastalıklar varsa yazınız... Yoksa boş bırakınız...		
Bu hastalıklar varsa yazınız yoksa boş bırakınız....		
Kalp hastalıkları/ heart desianses		
Tansiyon/ blood pressure		
Damar hastalıkları-varis/ Vascular desiasse		
Astım/ astihma		
Bel ve boyun fıtığı/ Wait and Neck Hemia		
Eklem rahatsızlıkları/ joint Diseases		
Kırıklar/ Broken bones		
Hipertiroidi,Hipotroidi		
Şeker hastalığı/ Diabetes		
Sara( epilepsi)/ Epilepsy		
Bunların dışında rahatsızlıklarınız varsa lütfen belirtiniz.		
		EVET HAYIR
Ameliyat oldunuz mu? Ne zaman?		
Did you have any surgical operation? When ?		
I S A K (Immun Sistem Aktivasyon Kombinasyonu ile ilgili olarak, her konuda aydınlatıldım.Bu Kombinasyonunun, uygulanmasını hür vicdanımla kabul ettim... Bu kombinasyonun uygulanması sonrasında,her hangi bir sebeple, Türkiye veya Yurt dışında hiç bir şekilde, hukuksal olarak maddi ve manevi tazminat davası açmayacağımı ,ISAK kombinasyonu ile ilgili ödediğim ücreti, hiçbir nedenle geri talep etmeyeceğimi, Çocuğum ve veya Bana özel olarak uygulanan ISAK Kombinasyonunu kabul eder, Yukarıda vermiş olduğum bilgilerin, tamamen doğru olduğunu beyan ederim.		
ADI SOYADI :		İMZA
Affirm the accuracy of all the information given above and accept the responsibility of the health problems at can accure during the treatments....		