

**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contatto telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Professione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tale professione richiede un alto coinvolgimento al livello FISICO o PARLATO? *(Cerchiare la parola in grassetto)*

Fornire maggiori dettagli se ritenuti rilevanti:

*Cerchiare la risposta:*

**Sei stressato durante il giorno? Mai A volte Spesso Molto spesso**

**Hai le mani o i piedi freddi? Mai A volte Spesso Molto spesso**

**Ti accorgi di sbadigliare regolarmente durante il giorno? Mai A volte Spesso Molto spesso**

**Respiri attraverso la bocca durante la notte?**

**(Ti svegli con la bocca secca?) Mai A volte Spesso Molto spesso**

**Qual è il tuo punteggio BOLT?**

**Fai una ESPIRAZIONE**(*Buttare fuori l'aria*) **attraverso il naso. Tappati il naso con le dita e conta quanti secondi passano prima del primo stimolo/voglia d'inspirare.**

 **SECONDI:**

Quante ore di attività fisica fai alla settimana?

Meno di un'ora

1-2 ore

2-3 ore

3-4 ore

4-5 ore

5-6 ore

6-7 ore

Più di

7 ore

**Indicare √ il livello di gravità di ognuno dei sintomi riferiti nell'elenco seguente:**

**1 = Leggero, 2 = Moderato, 3 = Severo**

**Disturbo/ Fastidio 1 2 3 Disturbo/ Fastidio 1 2 3**

Tosse Sudorazione eccessiva Respiro sibilante (fischio) Percezione alta dello stress Asma indotta da esercizio fisico Mal di Pancia / IBS\* Raffreddori frequenti Indolenzimento muscolare Affanno a riposo (fiato corto) Stanchezza

Sospiri frequenti Insonnia/ Sonno interrotto Sbadiglio frequente Concentrazione Bassa Apnea del sonno Attacchi di panico Russare di notte Mal di testa (cefalea)

Mal di schiena a livello lombare

\**Sindrome dell'intestino irritabile (SII o IBS dall'inglese* ***Irritable Bowel Syndrome****)*

**Questionario di Nijmegen:**

**Indicare √ il livello di gravità di ognuno dei sintomi riportati nell'elenco qui sotto:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Disturbo / Fastidio**  | **Mai****0** | **Raramente 1** | **A volte****2** | **Speso****3** | **Molto Spesso****4** |  | **Disturbo/ Fastidio** | **Mai****0** | **Raramente 1** | **Ognitanto****2** | **Spesso****3** | **Molto Spesso****4** |
| Dolore al torace |  |  |  |  |  |  | Sensazione di gonfioreallostomaco |  |  |  |  |  |
| Sensazione di Tensione |  |  |  |  |  |  | Formicolio alle dita |  |  |  |  |  |
| Visione Offuscata |  |  |  |  |  |  | Incapacità a respirareprofondamente |  |  |  |  |  |
| Vertigini |  |  |  |  |  |  | Rigidità nelle dita o braccia |  |  |  |  |  |
| Confusione, (perdita di contatto con la realtà) |  |  |  |  |  |  | Sensazione di rigidità attorno alla bocca |  |  |  |  |  |
| Respiro più profondo o più veloce |  |  |  |  |  |  | Mani o piedi freddi |  |  |  |  |  |
| Respiro Corto (Fiato corto) |  |  |  |  |  |  | Palpitazioni |  |  |  |  |  |
| Costrizione al petto |  |  |  |  |  |  | Ansia |  |  |  |  |  |
| **Totale** |  |  |  |  |  |  | **Totale** |  |  |  |  |  |

(Un punteggio superiore a 23 su 64 suggerisce una diagnosi positiva della sindrome da iperventilazione)

Indica eventuali altri sintomi / condizioni comuni che hai potuto o potresti riscontrare:

**Come sei venuto a conoscenza di questo corso:**

Social

Media

Amici OxygenAdvantage.com Ricerca su internet

Radio Operatore

Sanitario

Altro:

**Dichiarazione liberatoria di responsabilità, Rilascio Reclami, Assunzione di Rischio e Indenizzo**

**OXYGEN RESEARCH INSTITUTE LTD**

**Firmando questo modulo, accettate alcune restrizioni dei vostri diritti legali. Si prega di leggere attentamente prima di firmare. Non esitate a consultare il proprio avvocato prima di firmare.**

**Inserire Iniziali (nome, cognome) in ogni casella**

*In qualità di istruttore certificato, mi assicuro che le attività svolte durante il corso vengano eseguite in modo sicuro e corretto.*

*I partecipanti sono informati in anticipo dei rischi per la salute mediante la dichiarazione scritta del presente formulario e attiro la vostra attenzione sulla vostra responsabilità personale.*

*Alla fine spetta al partecipante di determinare se è idoneo a partecipare allo stage o meno.*

Sono consapevole che l'istruttore che insegna la tecnica non è un medico o un esperto nella prescrizione di farmaci.

***Dichiarazione di salute generale***

Con la presente dichiaro di essere stato preventivamente informato dei dettagli dello stage del metodo Oxygen Advantage, e che sono in buone condizioni fisiche e mentali.

Se in qualsiasi momento durante questo corso avessi dubbi sulla mia salute o sul mio benessere, acconsento ad informare immediatamente il mio istruttore. Sono consapevole che sono libero di lasciare il corso in qualsiasi momento per qualsiasi motivo. Se durante il corso o in qualsiasi altro momento dopo questo corso, sento la necessità di qualsiasi assistenza, medica o di altro tipo, mi assumo la piena responsabilità di comunicarlo, nonché di cercare le cure appropriate, tra cui abbandonare il corso e ottenere le cure adeguate.

Se sono una *donna*, assicuro di non essere incinta on in allenamento prima e durante le tecniche e esercizi vari. Se sono incinta, ne discuterò con il mio istruttore dell'Oxygen Research Institute Ltd prima di iniziare il corso e gli esercizi. Se credo di poter essere in stato di gravidanza durante questo allenamento, interromperò tutti gli esercizi e informerò immediatamente il mio istruttore dell'OxygenResearch Institute Ltd.

***Dichiarazione liberatoria di responsabilità***

«Con la presente dichiaro di partecipare all'attività in data …/…/….volontariamente e interamente a mio rischio e pericolo. Non riterrò ……………………………responsabile per eventuali danni e/o lesioni derivanti dalla partecipazione a questo workshop.»

Firma Nome in stampatello (leggibile)

Data:

La firma del genitore o del tutore legale per i partecipanti con età inferiore ai 18 anni

Firma Nome in stampatello (leggibile)

Data: