

# Souhlas s baňkováním a Gua Sha

Informovaný souhlas s baňkovací terapií a ošetřením Gua Sha s očekávaným výskytem podlitin

## Client Information

Jméno \*

Příjmení \*

E-mailová adresa \*

Telefonní číslo \*

Datum narození \*

DD / MM / YYYY

## Treatment Details

Požadovaná léčba \*

- |                                                             |                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suchý škrábavý masáž (stacionární) | <input type="checkbox"/> Posuvný/masážní škrábavý masáž |
| <input type="checkbox"/> Ohňový škrábavý masáž              | <input type="checkbox"/> Gua Sha                        |

Області лікування \*

- |                                                |                                                                 |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Horní část zad/ramena | <input type="checkbox"/> Dolní část zad                         |
| <input type="checkbox"/> Krk                   | <input type="checkbox"/> Nohy                                   |
| <input type="checkbox"/> Paže                  | <input type="checkbox"/> Obličej (jemný škrábavý masáž/Gua Sha) |

Důvod léčby \*

## Health Screening

Jste v současné době těhotná? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Užíváte léky na ředění krve? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

Máte v oblasti léčby některou z následujících podmínek?

- |                                                             |                                                            |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Spálení sluncem                    | <input type="checkbox"/> Otevřené rány nebo poškozená kůže |
| <input type="checkbox"/> Aktivní kožní infekce nebo vyrážka | <input type="checkbox"/> Křečové žíly                      |
| <input type="checkbox"/> Nic z výše uvedeného               |                                                            |

Máte poruchu krvácení? \*

- ☐ Ano ☐ Ne

## Risks & Expectations

Důležité — modřiny jsou očekávány:

Škrábavý masáž a Gua Sha úmyslně zanechávají značky na kůži. Jedná se o normální součást léčby.

Co očekávat:

- Značky ze škrábavého masáže se objevují jako kruhové zbarvení od světle růžové po hluboko fialové
- Značky z Gua Sha se objevují jako červené, pruhované petechie (malé tečky)
- Značky obvykle trvají 3-10 dní v závislosti na jednotlivcích a intenzitě sání
- Tmavší značky naznačují více stagnace/napětí v oblasti
- Značky NEJSOU zranění — jedná se o terapeutickou odpověď

Potenciální rizika:

- Modřiny a zbarvení kůže (očekáváno)
- Mírné diskomforty během léčby
- Puchýř (vzácné, pokud je sání příliš silné)
- Závrať
- Popáleniny (vzácné, u ohňového škrábavého masáže)
- Dočasné zhoršení symptomů

Péče po léčbě:

- Udržujte oblasti škrábavého masáže zakryté a teplé po dobu 24 hodin
- Po léčbě pijte spoustu vody
- Vyhněte se studené expozici, plavání a intenzivního cvičení po dobu 24 hodin
- Neprovádějte škrábavý masáž na stejné oblasti, dokud se značky úplně nezmizí

Chápu, že škrábavý masáž a Gua Sha zanechají viditelné značky (modřiny, zbarvení), které jsou normální součástí léčby a zmizí během 3-10 dnů.

Chápu, že škrábavý masáž/Gua Sha zanechá viditelné značky: \_\_\_\_\_

Byl/a jsem informován/a o rizicích a očekávaných účincích léčby škrábavým masáží/Gua Sha.

Chápu výše popsaná rizika: \_\_\_\_\_

## Treatment Notes

Pouze pro interní potřebu

Poznámky k léčbě

|          | Datum | Область | Typ masáže | Trvání |
|----------|-------|---------|------------|--------|
| Záznam 1 |       |         |            |        |
| Záznam 2 |       |         |            |        |
| Záznam 3 |       |         |            |        |
| Záznam 4 |       |         |            |        |
| Záznam 5 |       |         |            |        |
| Záznam 6 |       |         |            |        |

## Consent & Signature

Souhlasím s léčbou škrábavým masáží a/nebo Gua Sha tak, jak je popsáno. Chápu, že viditelné značky jsou očekávány a nejsou zraněním. Zveřejnil/a jsem všechny zdravotní stavy a osvobozuji terapeuta od odpovědnosti.

Potvrzuji, že jsem si přečetl/a a rozumím výše uvedeným informacím a dajem své informované souhlasu.

Přečetl/a jsem si a rozumím výše uvedeným informacím: \_\_\_\_\_

Podpis

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Datum \*

DD / MM / YYYY

### Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.