

Kuppingolás és Gua Sha Beleegyezés

Tájékozott beleegyezés kuppingolás terápiához és Gua Sha kezelésekhöz, a vérálfutások lehetőségének ismertetésével

Client Information

Keresztnév *

Vezetéknév *

E-mail cím *

Telefonszám *

Születési dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Treatment Details

Kért kezelés(ek) *

☐ Száraz cupping (rögzített)

☐ Csúszó / masszírozó cupping

☐ Lánggal végzett cupping

☐ Gua Sha

Kezelési területek *

☐ Felső hát / vállak

☐ Alsó hát

☐ Nyak

☐ Lábak

☐ Karok

☐ Arc (enyhe cupping/Gua Sha)

Kezelés oka *

Health Screening

Jelenleg terhes vagy? *

☐ Igen ☐ Nem

Szélköpítő szereket szedsz? *

☐ Igen ☐ Nem

Van-e a kezelési területen az alábbiak közül valami?

☐ Napégés

☐ Nyitott sebek vagy megsérült bőr

☐ Aktív bőrfertőzés vagy kiütés

☐ Visszerek

☐ A fentiekből egyik sem

Van-e vérszegénységi zavara? *

☐ Igen ☐ Nem

Risks & Expectations

Fontos — véraláfutás várható:

A cupping és a Gua Sha szándékosan nyomokat hagy a bőrön. Ez a kezelés normál része.

Mit kell elvárunk:

- Cupping nyomok kör alakú elszíneződésként jelennek meg, amely halványpinktől mély lila színig terjed
- Gua Sha nyomok vörös, csíkos petechiae-ként (apró pontok) jelennek meg
- A nyomok általában 3-10 napig tartanak az egyéntől és a szívási szinttől függően
- A sötétebb nyomok több stagnációt/feszültséget jeleznek a területen
- A nyomok NEM sérülések — terápiás válasz

Lehetséges kockázatok:

- Véraláfutás és bőrelszíneződés (várható)
- Enyhe kellemetlenség a kezelés során
- Hólyagképződés (ritka, ha túl erős a szívás)
- Szédülés
- Égési sérülés (ritka, lánggal végzett cupping esetén)
- Tünetek ideiglenes romlása

Utógondozás:

- Tartsa a cupping területeket fedve és melegre 24 órán keresztül
- Tegyen meg sok vizet a kezelés után
- Kerülje a hideg kitettséget, az úszást és az intenzív gyakorlatot 24 órán keresztül
- Ne végezzen cupping-ot ugyanazon a területen, amíg a nyomok teljesen el nem halványulnak

Megértem, hogy a cupping és a Gua Sha látható nyomokat (véraláfutás, elszíneződés) hagy, amelyek a kezelés normál része, és 3-10 nap alatt elhalványulnak.

Megértem, hogy a cupping/Gua Sha látható nyomokat hagy: _____

Tájékoztattak a cupping/Gua Sha terápia kockázatairól és várható hatásairól.

Megértem a fent leírt kockázatokat: _____

Treatment Notes

Csak belső használatra

Kezelési megjegyzések

	Dátum	Terület	Csésze típusa	Időtartam
Bejegyzés 1				
Bejegyzés 2				
Bejegyzés 3				
Bejegyzés 4				
Bejegyzés 5				
Bejegyzés 6				

Consent & Signature

Beleegyezem a fent leírt cupping és/vagy Gua Sha terápiába. Megértem, hogy a látható nyomok várhatóak, és nem sérülés. Közzétettem az összes egészségügyi állapotomat, és felmentem a terapeuta a felelősség alól.

Megerősítem, hogy elolvastam és megértem a fenti információkat, és beleegyezem az információ alapú beleegyezésembe.

Elvastam és megértem a fenti információkat: _____

Aláírás

Dátum

Nyomtatott név

Dátum *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Ezt az űrlapot a Consentify ingyenesen biztosította

A Consentify az ehhez hasonló formákat digitális beleegyezésekké alakítja, amelyeket az ügyfelek QR-kód segítségével saját telefonjukon írnak alá — automatikus PDF-ekkel, kontraindikáció jelzésekkel és titkosított tárolással. Ingyenes csomag elérhető a <https://getconsentify.com> webhelyen.

Csak sablon. Használat előtt tekintse át saját szakképzett szakemberével vagy jogi tanácsadóval; a követelmények joghatóság és gyakorlat szerint változnak.