

Zgoda na terapię bankami i Gua Sha

Świadoma zgoda na terapię bankami i zabiegi Gua Sha z oczekiwaniami dotyczącymi siniaków

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły zabiegu

Żądane zabiegi *

☐ Banki suche (nieruchome)

☐ Banki ślizgowe / masaż bankami

☐ Banki ogniowe

☐ Gua Sha

Obszary zabiegu *

☐ Górna część pleców / ramiona

☐ Dolna część pleców

☐ Szyja

☐ Nogi

☐ Ramiona

☐ Twarz (delikatne banki/Gua Sha)

Powód zabiegu *

Screening zdrowotny

Czy jesteś w ciąży? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy przyjmujesz środki rozrzedzające krew? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz któreś z poniższych schorzeń w obszarze zabiegu?

☐ Oparzenie słoneczne

☐ Otwarte rany lub uszkodzona skóra

☐ Aktywna infekcja skóry lub wysypka

☐ Żylaki

☐ Żadne z powyższych

Czy masz zaburzenie krwotoczności? *

☐ Tak ☐ Nie

Ryzyka i oczekiwania

Ważne — sinaki są oczekiwane:

Banki i Gua Sha celowo tworzą ślady na skórze. Jest to normalna część zabiegu.

Czego się spodziewać:

- Ślady po bankach pojawiają się jako okrągłe przebarwienia od jasnego różu do ciemnego purpury
- Ślady po Gua Sha pojawiają się jako czerwone, prążkowane petechie (drobne punkty)
- Ślady zazwyczaj trwają 3-10 dni w zależności od osoby i siły ssania
- Ciemniejsze ślady wskazują na większą stagnację/napięcie w obszarze
- Ślady NIE są urazami — są to terapeutyczne odpowiedzi organizmu

Potencjalne ryzyko:

- Sinaki i przebarwienie skóry (oczekiwane)
- Lekki dyskomfort podczas zabiegu
- Pęcherzyki (rzadkie, jeśli ssanie jest zbyt silne)
- Zawroty głowy
- Oparzenia (rzadkie, przy bankach ogniowych)
- Czasowe pogorszenie się objawów

Pielęgnacja po zabiegu:

- Utrzymuj zabiegi w bankach zakryte i ciepłe przez 24 godziny
- Pij dużo wody po zabiegu
- Unikaj zimna, pływania i intensywnych ćwiczeń przez 24 godziny
- Nie aplikuj banki na tym samym obszarze, dopóki ślady całkowicie nie znikną

Rozumiem, że banki i Gua Sha pozostawią widoczne ślady (sinaki, przebarwienia), które są normalną częścią zabiegu i znikną w ciągu 3-10 dni.

Rozumiem, że banki/Gua Sha pozostawią widoczne ślady: _____

Poinformowano mnie o ryzykach i spodziewanych efektach terapii bankami/Gua Sha.

Rozumiem ryzyko opisane powyżej: _____

Notatki z zabiegu

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Typ banki	Czas trwania
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Wyrażam zgodę na terapię bankami i/lub Gua Sha zgodnie z opisem. Rozumiem, że widoczne ślady są oczekiwane i nie stanowią urazu. Ujawniłem wszystkie warunki zdrowotne i zwalnięm terapeuta z odpowiedzialności.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i daję świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.