

Masážní terapie Příjem a Souhlas

Anamnéza a informovaný souhlas pro služby masážní terapie a práce s tělem

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

DD / MM / YYYY

Detaily sezení

Typ požadované masáže *

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Švédská / Relaxační | ☐ Hluboké tkáně | ☐ Sportovní masáž |
| ☐ Horké kameny | ☐ Terapie spouštěcích bodů | ☐ Myofasciální uvolnění |
| ☐ Lymfatická drenáž | ☐ Reflexní terapie | ☐ Aromaterapie |
| ☐ Bankovní terapie | ☐ Doporučení terapeuta | |

Preference tlaku *

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Lehký | ☐ Střední | ☐ Pevný |
| ☐ Hluboký / Velmi pevný | | |

Oblasti zaměření / Obavy

- | | |
|--|--|
| ☐ Hlava / Krk | ☐ Ramena |
| ☐ Horní část zad | ☐ Dolní část zad |
| ☐ Paže / Ruce | ☐ Boky / Hýždě |
| ☐ Nohy / Chodidla | ☐ Celé tělo — Rovnoměrné zaměření |

Oblasti k vyhnutí

Zdravotní anamnéza

Máte některou z následujících podmínek?

- | | |
|--|---|
| ☐ Vysoký krevní tlak | ☐ Srdeční onemocnění |
| ☐ Diabetes | ☐ Rakovina (současná nebo nedávná) |
| ☐ Historie trombózy / DVT | ☐ Osteoporóza |
| ☐ Artritida | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Kožní onemocnění (ekzém, psoriáza, vyrážka) | ☐ Křečové žíly |
| ☐ Vykroubený nebo vypouklý disk | ☐ Žádné z výše uvedených |

Jste v současné době těhotná? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Utrpěl jste v poslední době zranění, chirurgické výkony nebo zlomeniny? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, popište prosím

Současné léky

Máte alergii na oleje, lotiony nebo vůně? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, popište prosím

Souhlas a zproštění odpovědnosti

Souhlas s masážní terapií:

1. Chápu, že masážní terapie není náhradou za lékařskou léčbu.
2. Budu informovat svého terapeuta o jakémkoli diskomfortu během sezení.
3. Chápu, že se mohu svléci na úroveň, na které se cítím pohodlně, a budu v každém okamžiku správně přikryt.
4. Souhlasím s masážními technikami projednanými s mým terapeutem.
5. Chápu, že masáž může občas způsobit bolest svalů, modřiny nebo závratě.
6. Zveřejnil jsem všechny relevantní zdravotní podmínky a chápu, že skrývání informací může ovlivnit bezpečnost mé léčby.

Souhlasím s masážní terapií a zveřejnil jsem všechny relevantní zdravotní informace.

Přečetl jsem a souhlasím s výše uvedeným souhlasem: _____

Poznámky k sezení

Pouze pro interní potřebu

	Datum	Oblast	Technika	Tlak
Záznam 1				
Záznam 2				
Záznam 3				
Záznam 4				
Záznam 5				
Záznam 6				

Souhlas a podpis

Souhlasím s masážní terapií tak, jak je popsáno. Zveřejnil jsem všechny relevantní zdravotní podmínky a rozumím povaze a účelu léčby. Zprošťuji terapeuta odpovědnosti.

Potvrzuji, že jsem přečetl a pochopil výše uvedené informace a dávám svůj informovaný souhlas.

Přečetl jsem 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.