

Μασάζ Θεραπεία Εισαγωγή & Συναίνεση

Ιστορικό υγείας και ενημερωμένη συναίνεση για υπηρεσίες θεραπείας μασάζ και σωματικής εργασίας

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Λεπτομέρειες Συνεδρίας

Τύπος Μασάζ που Ζητείται *

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Σουηδικό / Χαλάρωση | ☐ Βαθύ Ιστό | ☐ Αθλητικό Μασάζ |
| ☐ Ζεστές Πέτρες | ☐ Θεραπεία Σημείου Έναυσης | ☐ Απελευθέρωση Μυοφασίας |
| ☐ Λεμφική Απόχρευση | ☐ Ανακουφιστική Θεραπεία | ☐ Αρωματοθεραπεία |
| ☐ Κουπάρισμα | ☐ Σύσταση Θεραπευτή | |

Προτίμηση Πίεσης *

- | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Ελαφριά | ☐ Μεσαία | ☐ Σταθερή |
| ☐ Βαθιά / Πολύ Σταθερή | | |

Περιοχές Εστίασης / Ανησυχία

- | | |
|--|---|
| ☐ Κεφάλι / Λαιμός | ☐ Ωμοι |
| ☐ Άνω Πλάτη | ☐ Κάτω Πλάτη |
| ☐ Χέρια / Παλάμες | ☐ Γοφοί / Γλουτιαί |
| ☐ Πόδια / Πέδιλα | ☐ Ολόκληρο Σώμα — Ισόρροπη Εστίαση |

Περιοχές που Αποφεύγονται

Ιστορικό Υγείας

Έχετε κάποια από τις ακόλουθες καταστάσεις;

- ☐ Υψηλή αρτηριακή πίεση
- ☐ Καρδιακή νόσος
- ☐ Διαβήτης
- ☐ Καρκίνος (τρέχων ή πρόσφατος)
- ☐ Ιστορικό θρομβώσεων / DVT
- ☐ Οστεοπόρωση
- ☐ Αρθρίτιδα
- ☐ Ινομυαλγία
- ☐ Δερματολογική πάθηση (έκζεμα, ψωρίαση, εξάνθημα)
- ☐ Κιρσώδεις φλέβες
- ☐ Κήλη ή προεξοχή δίσκου
- ☐ Κανένα από τα παραπάνω

Είστε τώρα έγκυος; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε υποστεί πρόσφατα τραυματισμό, χειρουργείο ή κάταγμα; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, παρακαλώ περιγράψτε

Τρέχουσες Φαρμακευτικές Αγωγές

Έχετε αλλεργία σε έλαια, λοσιόν ή αρώματα; *

- ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, παρακαλώ περιγράψτε

Συναίνεση & Αποποίηση Ευθύνης

Συναίνεση Θεραπείας Μασάζ:

1. Κατανοώ ότι η θεραπεία μασάζ δεν είναι υποκατάστατο της ιατρικής θεραπείας.
2. Θα ενημερώσω τον θεραπευτή μου για οποιοδήποτε δυσφορία κατά τη διάρκεια της συνεδρίας.
3. Κατανοώ ότι μπορώ να ξεντυθώ στο επίπεδο άνεσης που αισθάνομαι και θα έχω κατάλληλη κάλυψη ανά πάσα στιγμή.
4. Συναινώ στις τεχνικές μασάζ που συζητήθηκαν με τον θεραπευτή μου.
5. Κατανοώ ότι το μασάζ μπορεί περιστασιακά να προκαλέσει πόνο μυών, μώλωπες ή ελαφρές ζαλάδες.
6. Έχω αποκαλύψει όλες τις σχετικές καταστάσεις υγείας και κατανοώ ότι η κράτηση πληροφοριών μπορεί να επηρεάσει την ασφάλεια της θεραπείας μου.

Συναινώ στη θεραπεία μασάζ και έχω αποκαλύψει όλες τις σχετικές πληροφορίες υγείας.

Έχω διαβάσει και συναινώ με την παραπάνω συναίνεση: _____

Σημειώσεις Συνεδρίας

Μόνο για χρήση γραφείου

	Ημερομηνία	Περιοχή	Τεχνική	Πίεση
Εγγραφή 1				
Εγγραφή 2				
Εγγραφή 3				
Εγγραφή 4				
Εγγραφή 5				
Εγγραφή 6				

Συναίνεση & Υπογραφή

Συναινώ στη θεραπεία μασάζ όπως περιγράφηκε. Έχω αποκαλύψει όλες τις σχετικές καταστάσεις υγείας και κατανοώ τη φύση και το σκοπό της θεραπείας. Απαλλάσσω τον θεραπευτή από ευθύνη.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες και δίνω την ενημερωμένη συναίνεσή μου.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.