

मसाज थेरेपी इनटेक और सहमति

मसाज थेरेपी और बाँडीवर्क सेवाओं के लिए स्वास्थ्य इतिहास और सूचित सहमति

क्लाइंट जानकारी

पहला नाम *

अंतिम नाम *

ईमेल पता *

फोन नंबर *

जन्म तिथि *

DD / MM / YYYY

सेशन विवरण

अनुरोधित मसाज का प्रकार *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ स्वीडिश / वशिष्ठ | ☐ डीप टिशू | ☐ स्पोर्ट्स मसाज |
| ☐ हॉट स्टोन | ☐ ट्रिगर पॉइंट थेरेपी | ☐ मायोफेशियल रिलीज |
| ☐ लमिफ ड्रेनेज | ☐ रफ्लेक्सोलॉजी | ☐ अरोमाथेरेपी |
| ☐ कपगि | ☐ थेरेपिस्ट की सफ़ाई | |

दबाव वरीयता *

- | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|
| ☐ हल्का | ☐ मध्यम | ☐ दृढ़ |
| ☐ गहरा / बहुत दृढ़ | | |

ध्यान / चिंता के क्षेत्र

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ सरि / गर्दन | ☐ कंधे | ☐ ऊपरी पीठ |
| ☐ नचिली पीठ | ☐ बाहें / हाथ | ☐ कूल्हे / ग्लूट्स |
| ☐ पैर / पैरों के तलवे | ☐ पूरा शरीर — समान ध्यान | |

टालने के लिए क्षेत्र

स्वास्थ्य इतिहास

क्या आपको नमिनलखिति में से कोई स्थिति है?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ उच्च रक्तचाप | ☐ हृदय की स्थिति | ☐ मधुमेह |
| ☐ कैंसर (वर्तमान या हाल ही) | ☐ रक्त के थक्कों / DVT का इतिहास | ☐ ऑस्टियोपोरोसिस |
| ☐ गठिया | ☐ फाइब्रोमायलजिया | ☐ त्वचा की स्थिति (एक्जिमा, सोरायसिस, दाने) |
| ☐ वैरिकोज वेन्स | ☐ हर्नियेटेड या उभरी हुई डिस्क | ☐ उपरोक्त में से कोई नहीं |

क्या आप वर्तमान में गर्भवती हैं? *

☐ हाँ ☐ नहीं

क्या आपको हाल ही में चोटें, सर्जरी, या फ्रैक्चर हुए हैं? *

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें

वर्तमान दवाएं

क्या आपको तेल, लोशन, या सुगंध से एलर्जी है? *

☐ हाँ ☐ नहीं

यदि हाँ, तो कृपया विवरण दें

सहमति और छूट

मसाज थेरेपी सहमति:

1. मैं समझता हूँ कि मसाज थेरेपी चिकित्सा उपचार का विकल्प नहीं है।
2. मैं सेशन के दौरान किसी भी असुविधा के बारे में अपने थेरेपिस्ट को सूचित करूंगा।
3. मैं समझता हूँ कि मैं अपने आराम के स्तर तक कपड़े उतार सकता हूँ और सभी समय में ठीक से ढका रहूंगा।
4. मैं अपने थेरेपिस्ट के साथ चर्चा की गई मसाज तकनीकों के लिए सहमत होता हूँ।
5. मैं समझता हूँ कि मसाज कभी-कभी मांसपेशियों में दर्द, चोट लगना, या चक्कर आ सकते हैं।
6. मैंने सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य स्थितियों का खुलासा किया है और समझता हूँ कि जानकारी छपाने से मेरे उपचार की सुरक्षा प्रभावित हो सकती है।

मैं मसाज थेरेपी के लिए सहमत होता हूँ और सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य जानकारी का खुलासा किया है।

मैंने ऊपर दी गई सहमति को पढ़ा और सहमत हूँ:

सेशन नोट्स

केवल कार्यालय उपयोग के लिए

	तारीख	क्षेत्र	तकनीक	दबाव
प्रवर्षित 1				
प्रवर्षित 2				
प्रवर्षित 3				
प्रवर्षित 4				
प्रवर्षित 5				

	तारीख	क्षेत्र	तकनीक	दबाव
प्रवर्षि 6				

सहमति और हस्ताक्षर

मैं वर्णित अनुसार मसाज थेरेपी के लिए सहमति देता हूँ। मैंने सभी प्रासंगिक स्वास्थ्य स्थितियों का खुलासा किया है और उपचार की प्रकृति और उद्देश्य को समझता हूँ। मैं थेरेपिस्ट को दायित्व से मुक्त करता हूँ।

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ा और समझा है और अपनी सूचित सहमति देता हूँ।

मैंने उपरोक्त जानकारी को पढ़ा और समझा है: _____

हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

नाम लिखें _____

तारीख *

DD / MM / YYYY _____

यह फॉर्म Consentify द्वारा मुफ्त प्रदान किया गया था

Consentify इस जैसे फॉर्मों को डिजिटल सहमति में परिवर्तित करता है जिसे आपके ग्राहक QR कोड द्वारा अपने फोन पर हस्ताक्षर करते हैं — स्वचालित PDF, प्रतिसंकेत ध्वज, और एन्क्रिप्टेड स्टोरेज के साथ। <https://getconsentify.com> पर नशुलक योजना उपलब्ध है।

केवल टेम्पलेट। उपयोग से पहले अपने स्वयं के लाइसेंस प्राप्त पेशेवर या कानूनी सलाहकार के साथ समीक्षा करें; आवश्यकताएं क्षेत्राधिकार और अभ्यास के आधार पर भिन्न होती हैं।