

Masážní terapie - Příjem a Souhlas

Zdravotní anamnéza a informovaný souhlas pro služby masážní terapie a práce s tělem

Informace o klientovi

Jméno *

Příjmení *

E-mailová adresa *

Telefonní číslo *

Datum narození *

ÉÉÉÉ / HH / NN

Detaily sezení

Typ požadované masáže *

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Švédská / Relaxační | ☐ Hluboké tkáně | ☐ Sportovní masáž |
| ☐ Horké kameny | ☐ Terapie spouštěcích bodů | ☐ Myofasciální uvolnění |
| ☐ Lymfatická drenáž | ☐ Reflexní terapie | ☐ Aromaterapie |
| ☐ Banka 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 |
| ☐ Vykroucený nebo vypouknutý disk | ☐ Žádné z výše uvedených |

Jste v současné době těhotná? *

- ☐ Ano ☐ Ne

Utrpěli 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 úrovni, 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

Csak belső használatra

	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

Dátum

Nyomtatott név

Datum *

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.