

Valutazione Massoterapia e Consenso

Anamnesi e consenso informato per servizi di massoterapia e lavoro corporeo

Informazioni del Cliente

Nome *

Cognome *

Indirizzo Email *

Numero di Telefono *

Data di Nascita *

GG / MM / AAAA

Dettagli della Sessione

Tipo di Massaggio Richiesto *

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Svedese / Rilassamento | ☐ Massaggio Profondo | ☐ Massaggio Sportivo |
| ☐ Pietre Calde | ☐ Terapia dei Punti Trigger | ☐ Rilascio Miofasciale |
| ☐ Drenaggio Linfatico | ☐ Riflessologia | ☐ Aromaterapia |
| ☐ Coppettazione | ☐ Raccomandazione del Terapeuta | |

Preferenza di Pressione *

- | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Leggera | ☐ Media | ☐ Decisa |
| ☐ Profonda / Molto Decisa | | |

Aree di Interesse / Preoccupazioni

- | | |
|--|---|
| ☐ Testa / Collo | ☐ Spalle |
| ☐ Parte Superiore della Schiena | ☐ Parte Inferiore della Schiena |
| ☐ Braccia / Mani | ☐ Anche / Glutei |
| ☐ Gambe / Piedi | ☐ Corpo Intero — Attenzione Uniforme |

Aree da Evitare

Anamnesi Medica

Hai una delle seguenti condizioni?

- | | |
|--|---|
| ☐ Pressione sanguigna alta | ☐ Patologia cardiaca |
| ☐ Diabete | ☐ Cancro (attuale o recente) |
| ☐ Anamnesi di trombosi / TVP | ☐ Osteoporosi |
| ☐ Artrite | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Malattie della pelle (eczema, psoriasi, eruzioni) | ☐ Vene varicose |
| ☐ Disco erniato o rigonfiato | ☐ Nessuna delle precedenti |

Sei attualmente incinta? *

- ☐ Sì ☐ No

Hai avuto lesioni recenti, interventi chirurgici o fratture? *

- ☐ Sì ☐ No

Se sì, per favore descrivi

Farmaci Attuali

Hai allergie a oli, lozioni o fragranze? *

- ☐ Sì ☐ No

Se sì, per favore descrivi

Consenso e Rinuncia

Consenso per Massoterapia:

1. Comprendo che la massoterapia non è un sostituto del trattamento medico.
2. Informerò il mio terapeuta di qualsiasi disagio durante la sessione.
3. Comprendo che posso spogliarmi al livello di comfort desiderato e sarò sempre coperto in modo appropriato.
4. Acconsento alle tecniche di massaggio discusse con il mio terapeuta.
5. Comprendo che il massaggio può occasionalmente causare indolenzimento muscolare, lividi o capogiri.
6. Ho divulgato tutte le condizioni di salute rilevanti e comprendo che nascondere informazioni potrebbe compromettere la sicurezza del mio trattamento.

Acconsento alla massoterapia e ho divulgato tutte le informazioni sanitarie rilevanti.

Ho letto e accetto il consenso di cui sopra: _____

Note della Sessione

Solo per uso interno

	Data	Area	Tecnica	Pressione
Voce 1				
Voce 2				
Voce 3				
Voce 4				
Voce 5				
Voce 6				

Consenso e Firma

Acconsento alla massoterapia come descritto. Ho divulgato tutte le condizioni di salute rilevanti e comprendo la natura e lo scopo del trattamento. Esonero il terapeuta da qualsiasi responsabilità.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni di cui sopra: _____

Firma

Data

Stampa il nome

Data *

GG / MM / AAAA

Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.