

Intake Masażu i Zgoda

Historia zdrowia i świadoma zgoda na usługi masażu i pracy ciałem

Informacje o kliencie

Imię *

Nazwisko *

Adres e-mail *

Numer telefonu *

Data urodzenia *

DD / MM / RRRR

Szczegóły sesji

Rodzaj żadanego masażu *

☐ Szwedzki / Relaksacyjny

☐ Głębokie tkanki

☐ Masaż sportowy

☐ Gorące kamienie

☐ Terapia punktów spustowych

☐ Uwalnianie powięzi

☐ Drenaż limfatyczny

☐ Refleksologia

☐ Aromaterapia

☐ Banki

☐ Rekomendacja terapeuty

Preferencja nacisku *

☐ Lekki

☐ Średni

☐ Mocny

☐ Głęboki / Bardzo mocny

Obszary do skupienia się / Problemy

☐ Głowa / Szyja

☐ Ramiona

☐ Górny grzbiet

☐ Dolny grzbiet

☐ Ramiona / Dłonie

☐ Biodra / Pośladki

☐ Nogi / Stopy

☐ Całe ciało — równomierna uwaga

Obszary do uniknięcia

Historia zdrowia

Czy masz którąkolwiek z następujących schorzeń?

- | | |
|---|--|
| ☐ Wysokie ciśnienie krwi | ☐ Choroba serca |
| ☐ Cukrzyca | ☐ Nowotwór (aktualnie lub niedawno) |
| ☐ Historia skrzepów / Głębokie zapalenie żył | ☐ Osteoporoza |
| ☐ Artretyzm | ☐ Fibromialgia |
| ☐ Choroby skóry (egzema, łuszczyca, wysypki) | ☐ Żylaki |
| ☐ Przepuklina lub wybrzuszenie krążka | ☐ Brak wymienionych powyżej |

Czy jesteś obecnie w ciąży? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Czy miałeś niedawno urazy, operacje lub złamania? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, opisz

Obecne leki

Czy masz alergię na oleje, kremy lub zapachy? *

- ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, opisz

Zgoda i zwolnienie z odpowiedzialności

Zgoda na masaż:

1. Rozumiem, że masaż terapeutyczny nie zastępuje leczenia medycznego.
2. Poinformuję mojego terapeuty o wszelkich dyskomfortach podczas sesji.
3. Rozumiem, że mogę się rozebrać na tyle, na ile czuję się komfortowo i będę prawidłowo okryty przez cały czas.
4. Wyrażam zgodę na techniki masażu omówione z moim terapeutą.
5. Rozumiem, że masaż może czasami powodować bóle, siniaki lub zawroty głowy.
6. Ujawniłem wszystkie istotne schorzenia i rozumiem, że ukrywanie informacji może wpłynąć na bezpieczeństwo mojego leczenia.

Wyrażam zgodę na masaż terapeutyczny i ujawniłem wszystkie istotne informacje o zdrowiu.

Przeczytałem i zgadzam się na powyższą zgodę: _____

Notatki sesji

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Technika	Nacisk
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i podpis

Wyrażam zgodę na masaż terapeutyczny zgodnie z opisem. Ujawniłem wszystkie istotne schorzenia i rozumiem charakter i cel leczenia. Zwalniam terapeuta od odpowiedzialności.

Potwierdzam, że przeczytałem i rozumiem powyższe informacje i wyrażam świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis_____
Data_____
Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR**Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify**

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.