

Оценка массажа и согласие

История здоровья и информированное согласие на услуги массажа и телесной работы

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Детали сеанса

Тип запрашиваемого массажа *

- | | |
|---|--|
| ☐ Шведский / Расслабляющий | ☐ Глубокие ткани |
| ☐ Спортивный массаж | ☐ Горячие камни |
| ☐ Терапия триггерных точек | ☐ Миофасциальное расслабление |
| ☐ Лимфодренаж | ☐ Рефлексотерапия |
| ☐ Ароматерапия | ☐ Банки |
| ☐ Рекомендация терапевта | |

Предпочтение давления *

- | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Легкое | ☐ Среднее | ☐ Твёрдое |
| ☐ Глубокое / Очень твёрдое | | |

Области фокуса / беспокойства

- | | |
|--|---|
| ☐ Голова / Шея | ☐ Плечи |
| ☐ Верхняя часть спины | ☐ Нижняя часть спины |
| ☐ Руки / Кисти | ☐ Бедра / Ягодицы |
| ☐ Ноги / Ступни | ☐ Всё тело — равномерный фокус |

Области для избегания

История здоровья

Есть ли у вас какое-либо из следующих состояний?

- ☐ Высокое кровяное давление
- ☐ Заболевания сердца
- ☐ Диабет
- ☐ Рак (текущий или недавний)
- ☐ История тромбоза / ТГВ
- ☐ Остеопороз
- ☐ Артрит
- ☐ Фибромиалгия
- ☐ Кожное заболевание (экзема, псориаз, высыпания)
- ☐ Варикозное расширение вен
- ☐ Грыжа диска или выпячивание диска
- ☐ Ничего из перечисленного выше

Вы в настоящее время беременны? *

- ☐ Да ☐ Нет

Были ли у вас недавно травмы, операции или переломы? *

- ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста опишите

Текущие лекарства

Есть ли у вас аллергия на масла, лосьоны или ароматы? *

- ☐ Да ☐ Нет

Если да, пожалуйста опишите

Согласие и отказ от ответственности

Согласие на массотерапию:

1. Я понимаю, что массотерапия не является заменой медицинскому лечению.
2. Я сообщу своему терапевту о любом дискомфорте во время сеанса.
3. Я понимаю, что могу раздеться до комфортного уровня и буду надлежащим образом прикрыт в любой момент.
4. Я согласен на методы массажа, обсуждённые с моим терапевтом.
5. Я понимаю, что массаж может иногда вызывать мышечную боль, синяки или головокружение.
6. Я раскрыл все соответствующие состояния здоровья и понимаю, что сокрытие информации может повлиять на безопасность моего лечения.

Я согласен на массотерапию и раскрыл всю соответствующую информацию о здоровье.

Я прочитал и согласен с вышеуказанным согласием: _____

Заметки сеанса

Только для служебного пользования

	Дата	Область	Техника	Давление
Запись 1				
Запись 2				
Запись 3				
Запись 4				
Запись 5				
Запись 6				

Согласие и подпись

Я согласен на массотерапию в соответствии с описанием. Я раскрыл все соответствующие состояния здоровья и понимаю характер и цель лечения. Я освобождаю терапевта от ответственности.

Я подтверждаю, что прочитал и понимаю вышеуказанную информацию и даю своё информированное согласие.

Я прочитал и понимаю вышеуказанную информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.