

Intag och samtycke för massageterapi

Hälsohistorik och informerat samtycke för massageterapi och kroppsbehandlingar

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Sessionsdetaljer

Typ av massage som önskas *

☐ Svensk / Avslappning

☐ Djupvävssmärtning

☐ Idrottssmärtning

☐ Het sten

☐ Triggerpunktbehandling

☐ Myofascial Release

☐ Lymfatisk dränering

☐ Reflexologi

☐ Aromaterapi

☐ Cupping

☐ Terapeutens rekommendation

Tryckinställning *

☐ Lätt

☐ Medel

☐ Fast

☐ Djupt / Mycket fast

Områden i fokus / Oro

☐ Huvud / Nacke

☐ Axlar

☐ Övre rygg

☐ Nedre rygg

☐ Armar / Händer

☐ Höfter / Rumpa

☐ Ben / Fötter

☐ Hela kroppen — Jämn fokus

Områden att undvika

Medicinsk historia

Har du någon av följande tillstånd?

- | | |
|--|---|
| ☐ Högt blodtryck | ☐ Hjärtsjukdom |
| ☐ Diabetes | ☐ Cancer (aktuell eller nylig) |
| ☐ Historia av blodpropp / DVT | ☐ Osteoporos |
| ☐ Artrit | ☐ Fibromyalgi |
| ☐ Hudtillstånd (eksem, psoriasis, utslag) | ☐ Åderbråck |
| ☐ Diskbråck eller utbuktning | ☐ Inget av ovanstående |

Är du för närvarande gravid? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Har du haft några nyliga skador, operationer eller frakturer? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vänligen beskriv

Nuvarande mediciner

Har du allergier mot oljor, lotioner eller dofter? *

- ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vänligen beskriv

Samtycke & Befrielse

Samtycke till massage:

1. Jag förstår att massage inte är en ersättning för medicinsk behandling.
2. Jag kommer att informera min terapeut om eventuella obehag under sessionen.
3. Jag förstår att jag kan klä av mig efter min komfortnivå och kommer att vara ordentligt täckt hela tiden.
4. Jag samtycker till de massagetekniker som diskuterats med min terapeut.
5. Jag förstår att massage ibland kan orsaka ömhet, blåmärken eller yrsel.
6. Jag har avslöjat alla relevanta hälsotillstånd och förstår att att undanhålla information kan påverka säkerheten för min behandling.

Jag samtycker till massage och har avslöjat all relevant hälsoinformation.

Jag har läst och godkänner samtycket ovan: _____

Sessionsanteckningar

Endast för kontorsbruk

	Datum	Område	Teknik	Tryck
Inmatning 1				
Inmatning 2				
Inmatning 3				
Inmatning 4				
Inmatning 5				
Inmatning 6				

Samtycke & Underskrift

Jag samtycker till massage enligt beskrivningen. Jag har avslöjat alla relevanta hälsotillstånd och förstår karaktären och syftet med behandlingen. Jag befriar terapeuten från ansvar.

Jag bekräftar att jag har läst och förstått ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår informationen ovan: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahålls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.