

การรับข้อมูลและการยินยอมการนัดแบบบำบัด

ประวัติสุขภาพและการยินยอมอย่างเต็มใจสำหรับบริการนัดแบบบำบัดและการบำบัดด้วยการออกแบบร่างกาย

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อจริง *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเกิด *

DD / MM / YYYY

รายละเอียดวัสดุ

ประเภทนัดที่ขอ *

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ สวีเดน / การผ่อนคลาย | ☐ นวดเนื้อเยื่อลึก | ☐ นวดกีฬา |
| ☐ นวดด้วยหินร้อน | ☐ การบำบัดจุดกระตุ้น | ☐ การปล่อยตัวกล้ามเนื้อ |
| ☐ การระบายน้ำเหลือง | ☐ การบำบัดสะท้อนกลับ | ☐ การบำบัดด้วยน้ำมันหอม |
| ☐ การบำบัดด้วยแก้ว | ☐ คำแนะนำของนักบำบัด | |

ความชอบในการกดดัน *

- | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ เบา | ☐ ปานกลาง | ☐ แน่น |
| ☐ ลึก / แน่นมาก | | |

พื้นที่เน้น / ข้อกังวล

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ หัว / คอ | ☐ ไหล่ | ☐ ด้านบนของหลัง |
| ☐ ด้านล่างของหลัง | ☐ แขน / มือ | ☐ สะโพก / กล้ามเนื้อก้น |
| ☐ ขา / เท้า | ☐ ทั้งร่างกาย — ความสนใจที่เท่าเทียมกัน | |

พื้นที่ที่ต้องหลีกเลี่ยง

ประวัติสุขภาพ

คุณมีภาวะใดต่อไปนี้หรือไม่?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ ความดันโลหิตสูง | ☐ โรคหัวใจ | ☐ เบาหวาน |
| ☐ มะเร็ง (ปัจจุบันหรือเมื่อเร็ว ๆ นี้) | ☐ ประวัติการเกิดลิ่มเลือด / DVT | ☐ โรคกระดูกพรุน |
| ☐ โรคข้ออักเสบ | ☐ โรคฟิโบรมัยอัลเจีย | ☐ โรคผิวหนัง (เซรามิค, สะเก็ดเงิน, ผื่นคัน) |
| ☐ เลือดเล็ดลอด | ☐ ดิสก์เคลื่อนตัวหรือบวม | ☐ ไม่มีข้างบน |

คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

คุณเคยได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด หรือการแตกหักเมื่อเร็ว ๆ นี้หรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้าใช่ โปรดอธิบาย

ยาปัจจุบัน

คุณมีภูมิแพ้ต่อน้ำมัน โลชั่น หรือกลิ่นหอมหรือไม่? *

☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้าใช่ โปรดอธิบาย

การยินยอมและการปฏิเสธความรับผิดชอบ

การยินยอมการนัดแบบบำบัด:

1. ฉันเข้าใจว่าการนัดแบบบำบัดไม่ใช่ตัวแทนของการรักษาทางการแพทย์
2. ฉันจะแจ้งให้นักบำบัดของฉันทราบเกี่ยวกับความไม่สบายใจใด ๆ ระหว่างการรักษา
3. ฉันเข้าใจว่าฉันอาจถอดเสื้อผ้าตามระดับความสบายใจของฉัน และจะถูกปกปิดอย่างเหมาะสมตลอดเวลา
4. ฉันยินยอมกับเทคนิคการนัดที่พูดคุยกับนักบำบัดของฉัน
5. ฉันเข้าใจว่าการนัดอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ รอยขีด หรือการฉีกขาดที่รุนแรง
6. ฉันได้เปิดเผยภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและเข้าใจว่าการซ่อนข้อมูลอาจส่งผลต่อความปลอดภัยของการรักษา

ฉันยินยอมการนัดแบบบำบัดและเปิดเผยข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

ฉันได้อ่านและเห็นด้วยกับการยินยอมข้างต้น: _____

หมายเหตุการบำบัด

สำหรับการใช้งานในสำนักงานเท่านั้น

	วันที่	พื้นที่	เทคนิค	ความดัน
รายการ 1				
รายการ 2				
รายการ 3				
รายการ 4				
รายการ 5				

	วันที่	พื้นที่	เทคนิค	ความดัน
รายการ 6				

การยินยอมและลายเซ็น

ฉันยินยอมการนัดแบบบำบัดตามที่อธิบายไว้ ฉันได้เปิดเผยภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและเข้าใจลักษณะและวัตถุประสงค์ของการรักษา
ฉันปลดปล่อยนักบำบัดจากความรับผิดชอบ

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้การยินยอมอย่างเต็มที่

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รองเตือนข้อห้าม
และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้กับ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ