

Masaj Terapisi Kaydı ve Onayı

Masaj terapisi ve vücut çalışması hizmetleri için sağlık geçmişi ve bilgilendirilmiş onay

Müşteri Bilgileri

Ad *

Soyadı *

E-posta Adresi *

Telefon Numarası *

Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Oturum Detayları

İstenen Masaj Türü *

☐ İsveç / Rahatlama

☐ Derin Doku

☐ Spor Masajı

☐ Sıcak Taş

☐ Tetik Nokta Terapisi

☐ Miyofasyal Serbest Bırakma

☐ Lenfatik Drenaj

☐ Refleksoloji

☐ Aromaterapi

☐ Bekaret

☐ Terapistin Önerisi

Basınç Tercihi *

☐ Hafif

☐ Orta

☐ Sert

☐ Derin / Çok Sert

Odak Alanları / Endişe

☐ Baş / Boyun

☐ Omuzlar

☐ Üst Sırt

☐ Alt Sırt

☐ Kollar / Eller

☐ Kalçalar / Gluteus

☐ Bacaklar / Ayaklar

☐ Tüm Vücut — Eşit Odak

Kaçınılması Gereken Alanlar

Sağlık Geçmişi

Aşağıdaki durumlardan herhangi birine sahip misiniz?

- | | |
|---|--|
| ☐ Yüksek kan basıncı | ☐ Kalp hastalığı |
| ☐ Diyabet | ☐ Kanser (şimdiki veya yakın zamanda) |
| ☐ Kan pıhtısı / DVT öyküsü | ☐ Osteoporoz |
| ☐ Artriti | ☐ Fibromiyalji |
| ☐ Cilt durumu (egzema, psoriasis, dönerme) | ☐ Variköz venler |
| ☐ Herniye veya şişmiş disk | ☐ Yukarıdakilerin hiçbiri |

Şu anda hamile misiniz? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Son zamanlarda yaralanma, ameliyat veya kırık yaşadınız mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise lütfen açıklayın

Mevcut ilaçlar

Yağ, losyon veya kokuya karşı alerjiniz var mı? *

- ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise lütfen açıklayın

Onay ve Sorumluluk Reddi

Masaj Terapisi Onayı:

1. Masaj terapisinin tıbbi tedavinin yerini alamayacağını anlıyorum.
2. Oturum sırasında herhangi bir rahatsızlık olursa terapistimi bilgilendireceğim.
3. Rahat olduğum seviyeye kadar soyunabileceğimi ve her zaman uygun şekilde örtüleceğimi anlıyorum.
4. Terapistimle tartışılan masaj tekniklerine onay veriyorum.
5. Masajın bazen kas ağrısı, morluk veya hafif baş dönmesine neden olabileceğini anlıyorum.
6. Tüm ilgili sağlık koşullarını açıkladım ve bilgi saklanması tedavimin güvenliğini etkileyebileceğini anlıyorum.

Masaj terapisine onay veriyorum ve tüm ilgili sağlık bilgilerini açıkladım.

Yukarıdaki onayı okuduk ve kabul ediyorum: _____

Oturum Notları

Yalnızca ofis kullanımı için

	Tarih	Alan	Teknik	Basınç
Giriş 1				
Giriş 2				
Giriş 3				
Giriş 4				
Giriş 5				
Giriş 6				

Onay ve İmza

Açıklandığı şekilde masaj terapisine onay veriyorum. Tüm ilgili sağlık koşullarını açıkladım ve tedavinin niteliğini ve amacını anlıyorum. Terapisti sorumluluktan kurtarıyorum.

Yukarıdaki bilgileri okuduğumu ve anladığımı ve bilgilendirilmiş onayımı verdiğimi onaylıyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım: _____

İmza

Tarih

Adı yazın

Tarih *

GG / AA / YYYY

Bu form Consentify tarafından ücretsiz olarak sağlanmıştır

Consentify, bunun gibi formları müşterilerinizin QR kod aracılığıyla kendi telefonlarında imzaladığı dijital rızaya dönüştürür — otomatik PDF'ler, kontrendikasyon bayrakları ve şifreli depolama ile. Ücretsiz plan <https://getconsentify.com> adresinde mevcuttur.

Yalnızca şablon. Kullanmadan önce kendi lisanslı uzman veya hukuk müşaviri ile gözden geçirin; gereksinimler yargı alanına ve uygulamaya göre değişir.