

Оцінка масотерапії та згода

Історія здоров'я та інформована згода на послуги масотерапії та роботи з тілом

Інформація про клієнта

Ім'я *

Прізвище *

Адреса електронної пошти *

Номер телефону *

Дата народження *

ДД / ММ / РРРР

Деталі сеансу

Тип запитуваного масажу *

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Шведський / Релаксуючий | ☐ Глибокі тканини | ☐ Спортивний масаж |
| ☐ Гарячі камені | ☐ Терапія точок тригера | ☐ Звільнення міофасції |
| ☐ Лімфодренаж | ☐ Рефлексотерапія | ☐ Ароматерапія |
| ☐ Банки | ☐ Рекомендація терапевта | |

Переважна інтенсивність *

- | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Легка | ☐ Середня | ☐ Міцна |
| ☐ Глибока / Дуже міцна | | |

Області акцентування / турботи

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Голова / Шия | ☐ Плечі | ☐ Верхня частина спини |
| ☐ Нижня частина спини | ☐ Руки / Кисті | ☐ Стегна / Сідниці |
| ☐ Ноги / Стопи | ☐ Все тіло — рівномірна увага | |

Області, які потрібно уникати

Історія здоров'я

Чи у вас є будь-яке з наступних захворювань?

- | | |
|---|--|
| ☐ Високий артеріальний тиск | ☐ Серцеве захворювання |
| ☐ Цукровий діабет | ☐ Рак (нинішній або недавній) |
| ☐ Історія тромбозу / ТВТ | ☐ Остеопороз |
| ☐ Артрит | ☐ Фібриміалгія |
| ☐ Захворювання шкіри (екзема, псоріаз, висипи) | ☐ Варикозне розширення вен |
| ☐ Грижа диска або вибуху диска | ☐ Жодне з перелічених вище |

Чи ви зараз вагітні? *

- ☐ Так ☐ Ні

Чи були у вас нещодавно травми, операції або переломи? *

- ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, опишіть

Поточні ліки

Чи у вас алергія на олії, лосьйони або аромати? *

- ☐ Так ☐ Ні

Якщо так, будь ласка, опишіть

Згода та звільнення від відповідальності

Згода на масотерапію:

1. Я розумію, що масотерапія не є заміною медичному лікуванню.
2. Я повідомлю свого терапевта про будь-який дискомфорт під час сеансу.
3. Я розумію, що можу роздягтися до рівня комфорту та буду належно накритий протягом усього часу.
4. Я даю згоду на методи масажу, обговорені з моїм терапевтом.
5. Я розумію, що масаж може іноді спричинити болі в м'язах, синці або запаморочення.
6. Я розкрив усі відповідні стани здоров'я та розумію, що приховування інформації може вплинути на безпеку мого лікування.

Я даю згоду на масотерапію та розкрив усю відповідну інформацію про здоров'я.

Я прочитав та погоджуюся з вищезазначеною згодою: _____

Нотатки сеансу

Тільки для службового використання

	Дата	Область	Методика	Тиск
Запис 1				
Запис 2				
Запис 3				
Запис 4				
Запис 5				
Запис 6				

Згода та підпис

Я даю згоду на масотерапію, як описано. Я розкрив усі відповідні стани здоров'я та розумію природу та мету лікування. Я звільняю терапевта від відповідальності.

Я підтверджую, що прочитав та зрозумів вищезазначену інформацію та даю свою інформовану згоду.

Я прочитав та розумію вищезазначену інформацію: _____

Підпис

Дата

Друковане ім'я

Дата *

ДД / ММ / РРРР

Цю форму надала безплатно компанія Consentify

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем. Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.