

Согласие на массаж перед родами

Специализированное согласие на дородовый массаж со скринингом, специфичным для триместра, и одобрением врача

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

DD / MM / YYYY

Информация о беременности

Ожидаемая дата родов *

DD / MM / YYYY

Текущий триместр *

- ☐ Первый триместр (недели 1-12) ☐ Второй триместр (недели 13-27)
☐ Третий триместр (недели 28-40)

Имя акушера-гинеколога или акушерки *

Телефон акушера-гинеколога *

Ваш врач разрешил вам делать массаж? *

- ☐ Да ☐ Нет ☐ Ещё не спрашивала

Скрининг здоровья при беременности

Ваша беременность классифицирована как беременность высокого риска? *

- ☐ Да ☐ Нет

Испытываете ли вы или вам диагностирован какой-либо из следующих факторов?

- ☐ Преэклампсия / Высокое кровяное давление
- ☐ Гестационный диабет
- ☐ Предлежание плаценты
- ☐ Риск преждевременных родов / Недостаточность шейки матки
- ☐ Тромбы / Тромбоз глубоких вен
- ☐ Тяжелый отёк / Припухлость
- ☐ Тяжёлая утренняя тошнота / Гиперемезис
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

Где вы испытываете дискомфорт?

Согласие на массаж перед родами

Информация о дородовом массаже:

- Вы будете расположены боком с поддерживающими подушками для комфорта и безопасности
- Определённые точки давления (лодыжки, запястья, между большим и указательным пальцем) будут избегаться, так как они могут стимулировать сокращения
- Глубокая работа с животом НЕ будет выполняться
- Будут использоваться эфирные масла, безопасные для беременности, или никакие, если вы предпочитаете
- Если вы испытываете какие-либо сокращения, головокружение или дискомфорт, немедленно сообщите своему терапевту
- Доказано, что массаж во время беременности снижает стресс, снижает мышечное напряжение, улучшает кровообращение и способствует лучшему сну

Я подтверждаю, что полностью раскрыл своё состояние здоровья при беременности и понимаю рекомендации по дородовому массажу.

Я понимаю рекомендации по дородовому массажу: _____

Заметки о сеансе

Pouze pro interní potřebu

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

Согласие и подпись

Я даю согласие на терапию дородового массажа. Я раскрыл все состояния здоровья, связанные с беременностью, и понимаю, что определённые техники и области изменяются или избегаются во время беременности. Я освобождаю терапевта от ответственности.

Я подтверждаю, что прочитал и понял информацию выше и даю своё информированное согласие.

Я прочитал и понял информацию выше: _____

Подпись

Datum

Jméno (tiskací písmo)

Дата *

DD / MM / YYYY

Tento formulář byl poskytnut zdarma společností Consentify

Consentify převádí formuláře jako tento na digitální souhlas, který vaši klienti podepíší na svém telefonu pomocí QR kódu — s automatickými PDF, příznaky kontraindikací a šifrovaným úložištěm. Bezplatný plán je k dispozici na <https://getconsentify.com>.

Pouze šablona. Před použitím si ji nechte zkontrolovat vlastním licencovaným specialistou nebo právním poradcem; požadavky se liší podle jurisdikce a typu praxe.