

Zgoda na Masaż Prenatalny

Wyspecjalizowana zgoda na masaż prenatalny z badaniem przesiewowym specyficznym dla trymestru i zatwierdzeniem lekarza

Informacje Klienta

Imię *

Nazwisko *

Adres E-mail *

Numer Telefonu *

Data Urodzenia *

DD / MM / RRRR

Informacje o Ciąży

Spodziewana Data Porodu *

DD / MM / RRRR

Obecny Trymestr *

☐ Pierwszy Trymestr (tygodnie 1-12) ☐ Drugi Trymestr (tygodnie 13-27)

☐ Trzeci Trymestr (tygodnie 28-40)

Imię i Nazwisko Ginekologa/Położnika *

Telefon Ginekologa *

Czy lekarz zatwierdził Ci masaż? *

☐ Tak

☐ Nie

☐ Nie pytałam

Badanie Zdrowia w Ciąży

Czy Twoja ciąża została zaklasyfikowana jako ciąża wysokiego ryzyka? *

☐ Tak ☐ Nie

Czy masz lub została diagnozowana z którymkolwiek z poniższych?

- ☐ Preeklampsja / Wysokie ciśnienie krwi
- ☐ Cukrzyca ciążowa
- ☐ Łożysko przodu
- ☐ Ryzyko przedwczesnego porodu / Niedomykalność szyjki macicy
- ☐ Zakrzepy krwi / Żylna zakrzepica kończyn dolnych
- ☐ Poważny obrzęk / Opuchnięcie
- ☐ Poważne nudności poranne / Hiperemezy
- ☐ Nic z powyższych

Gdzie doświadczasz dyskomfortu?

Zgoda na Masaż Prenatalny

Informacje o Masażu Prenatalnym:

- Będziesz ustawiona na boku ze wspierającymi poduszkami dla komfortu i bezpieczeństwa
- Pewne punkty nacisku (kostki, nadgarstki, między kciukiem a palcem wskazującym) będą unikane, ponieważ mogą stymulować skurcze
- Głębokie prace na brzuchu NIE będą wykonywane
- Będą używane olejki eteryczne bezpieczne dla ciąży, lub żadne, jeśli wolisz
- Jeśli doświadczysz jakichkolwiek skurczów, zawrotów głowy lub dyskomfortu, poinformuj terapeuta natychmiast
- Wykazano, że masaż podczas ciąży zmniejsza stres, zmniejsza napięcie mięśni, poprawia krążenie i sprzyja lepszemu snu

Potwierdzam, że ujawniłam pełny stan zdrowia w ciąży i rozumiem wytyczne dotyczące masażu prenatalnego.

Rozumiem wytyczne dotyczące masażu prenatalnego: _____

Notatki Sesji

Tylko do użytku wewnętrznego

	Data	Obszar	Technika	Notatki
Wpis 1				
Wpis 2				
Wpis 3				
Wpis 4				
Wpis 5				
Wpis 6				

Zgoda i Podpis

Wyrażam zgodę na terapię masażem prenatalnym. Ujawniłam wszystkie schorzenia związane z ciążą i rozumiem, że niektóre techniki i obszary są modyfikowane lub unikane podczas ciąży. Zwalniasz terapeuta z odpowiedzialności.

Potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje i daję świadomą zgodę.

Przeczytałem i rozumiem powyższe informacje: _____

Podpis

Data

Drukowane imię i nazwisko

Data *

DD / MM / RRRR

Ten formularz został bezpłatnie udostępniony przez Consentify

Consentify zamienia formularze takie jak ten w cyfrową zgodę, którą Twój klient podpisuje na własnym telefonie za pomocą kodu QR — z automatycznymi plikami PDF, flagami przeciwwskazań i zaszyfrowaną pamięcią. Darmowy plan dostępny na <https://getconsentify.com>.

Tylko szablon. Przed użyciem zapoznaj się z własnym licencjonowanym specjalistą lub doradcą prawnym; wymagania różnią się w zależności od jurysdykcji i rodzaju praktyki.