

Samtycke till prenatalmassage

Specialiserat samtycke för prenatalmassage med screening per trimester och läkarens godkännande

Klientinformation

Förnamn *

Efternamn *

E-postadress *

Telefonnummer *

Födelsedatum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Graviditetsinformation

Förväntat förloppstidens slut *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Aktuell trimester *

☐ Första trimestern (vecka 1-12) ☐ Andra trimestern (vecka 13-27) ☐ Tredje trimestern (vecka 28-40)

Namn på obstetiker/barnmorska *

Telefonnummer till obstetiker *

Har din läkare godkänt dig för massage? *

☐ Ja ☐ Nej ☐ Har inte frågat

Screeningfrågor för graviditet

Har din graviditet klassificeras som högrisk? *

☐ Ja ☐ Nej

Upplevelse eller diagnostisering av något av följande?

- | | |
|--|--|
| ☐ Preeklampsi / Högt blodtryck | ☐ Graviditetsdiabetes |
| ☐ Placenta previa | ☐ Förtida värkrisker / Cervikalinsufficiens |
| ☐ Blodproppar / DVT | ☐ Svår ödem / Svullnad |
| ☐ Svår morgonillamående / Hyperemesis | ☐ Ingen av ovanstående |

Var upplever du obehag?

Samtycke till prenatalmassage

Information om prenatalmassage:

- Du kommer att ligga på sidan med stödjande kuddar för komfort och säkerhet
- Vissa tryckvärkar (anklar, handleder, mellan tumme och pekfinger) kommer att undvikas då de kan stimulera värkningar
- Djupt arbete på buken kommer INTE att utföras
- Graviditetssäkra eteriska oljor kommer att användas, eller ingen om det föredras
- Om du upplever värkningar, yrsel eller obehag, informera din terapeut omedelbar
- Massage under graviditet har visat sig minska stress, minska muskelspänning, förbättra cirkulation och främja bättre sömn

Jag bekräftar att jag har lämnat min fullständiga graviditetshälsostatus och förstår riktlinjerna för prenatalmassage.

Jag förstår riktlinjerna för prenatalmassage: _____

Anteckningar från behandling

Endast för kontorsbruk

	Datum	Område	Teknik	Anteckningar
Post 1				
Post 2				
Post 3				
Post 4				
Post 5				
Post 6				

Samtycke och underskrift

Jag samtycker till prenatalmassageterapi. Jag har uppgett alla graviditetsbundna hälsotillstånd och förstår att vissa tekniker och områden är modifierade eller undvikna under graviditet. Jag fritar terapeuten från ansvar.

Jag bekräftar att jag har läst och förstår ovanstående information och ger mitt informerade samtycke.

Jag har läst och förstår ovanstående information: _____

Underskrift

Datum

Namn i tryckbokstäver

Datum *

ÅÅÅÅ / MM / DD

Denna blankett tillhandahölls kostnadsfritt av Consentify

Consentify omvandlar blanketter som denna till digitalt samtycke som dina klienter signerar på sin egen telefon via QR-kod — med automatiska PDF-filer, kontraindikationsflaggor och krypterad lagring. Gratis plan tillgänglig på <https://getconsentify.com>.

Mall endast. Granska tillsammans med din egen licensierad yrkesperson eller juridisk rådgivare innan användning; kraven varierar beroende på jurisdiktion och verksamhet.