

Prenatal Masaj Onayı

Trimester'e özgü tarama ve hekim onayı ile hamilelik masajı için özel onay

Müşteri Bilgileri

Adı *

Soyadı *

E-posta Adresi *

Telefon Numarası *

Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Hamilelik Bilgileri

Beklenen Doğum Tarihi *

GG / AA / YYYY

Mevcut Trimester *

☐ Birinci Trimester (1-12 hafta) ☐ İkinci Trimester (13-27 hafta) ☐ Üçüncü Trimester (28-40 hafta)

Kadın Doğum Uzmanı veya Ebe Adı *

Kadın Doğum Uzmanı Telefonu *

Hekiminiz sizi masaj için onayladı mı? *

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Sormadım

Hamilelik Sağlığı Taraması

Hamileliğiniz yüksek riskli olarak sınıflandırılmış mı? *

☐ Evet ☐ Hayır

Aşağıdakilerden herhangi birine sahip misiniz veya tanı aldınız mı?

☐ Preeklampsi / Yüksek kan basıncı ☐ Gestasyonel diyabet
☐ Ön plasenta ☐ Erken doğum riski / Serviks yetersizliği
☐ Kan pıhtıları / DVT ☐ Şiddetli ödem / Şişlik
☐ Şiddetli sabah bulantısı / Hiperemesis ☐ Hiçbiri

Rahatsızlık yaşadığınız alanlar neresidir?

Prenatal Masaj Onayı

Prenatal Masaj Bilgileri:

- Rahat ve güvenlik için destekleyici yastıklarla yan yatış pozisyonunda konumlandırılacaksınız
- Belirli basınç noktaları (ayak bilekleri, bilekler, başparmak ile işaret parmağı arasındaki bölge) kasılmaları uyatabilecekleri için kaçınılacaktır
- Derin abdominal çalışma yapılmayacaktır
- Hamilelik için güvenli uçucu yağlar kullanılacak veya tercih ederseniz hiç kullanılmayacaktır
- Herhangi bir kasılma, başınızın dönmesi veya rahatsızlık hissettiğinizde hemen terapisti bildirin
- Hamilelik sırasında yapılan masaj stres azaltmak, kas gerilimini azaltmak, dolaşımı iyileştirmek ve daha iyi uyku sağlamak gösterilmiştir

Tam hamilelik sağlığı durumumu açıkladığımı ve prenatal masaj yönergelerini anladığımı onaylıyorum.

Prenatal masaj yönergelerini anladığımı onaylıyorum: _____

Seans Notları

Yalnızca ofis kullanımı için

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

Onay ve İmza

Prenatal masaj terapisine onay veriyorum. Tüm hamilelik ile ilgili sağlık durumlarımı açıkladığımı ve hamilelik sırasında bazı tekniklerin ve alanların değiştirildiğini veya kaçınıldığını anladığımı onaylıyorum. Terapisti sorumluluktan muaf tutuyorum.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladığımı 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.