

ANKIETA DLA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEG MASAŻU BIUROWEGO

Imię i Nazwisko	
Data urodzenia	

1. Proszę wymienić choroby które leczy się Pan(i) obecnie:

.....
.....

2. Czy w okresie ostatnich 5 lat był Pan(i) leczony na choroby nowotworowe? (właściwie zaznaczyć)

- tak
 nie

3. Czy jest pan(i) uczulana na jakiegokolwiek środki poślizgowe lub wyciągi olejków eterycznych?

.....

4. Czy posiada Pan(i) zmiany skórne (np. kurczaki, liszaj itp. – które mogą się przenieść) Jeżeli tak to czy znajdują się na obszarach które będą masowane: barki, kark, ręce, głowa , plecy, łydki. (Obszar masowania jest ustalany w dniu zabiegu.)

.....

Oświadczam, że zrozumiałem/am w/w pytania, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Pomimo występowania wymienionych przeze mnie w pkt. 1 chorób oraz/lub potwierdzenia pkt.2 potwierdzam chęć skorzystania z usługi masażu na własną odpowiedzialność.

Data

Czytelny podpis pacjenta

Zobowiązuję się zgłosić MASAŻYŚCIE każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

Data

Czytelny podpis pacjenta

PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU

W większości przypadków masaż jest zabiegiem bezpiecznym. Osoby, których dotyczy jedna z wymienionych niżej sytuacji, raczej nie powinny poddawać się masażowi.

- Spożywanie alkoholu przed masażem jest niewskazane.
- Powinno się najpóźniej na półtorej godziny przed masażem spożyć posiłek.

Przeciwwskazania do masażu biurowego, work-site:

- Zmiany skórne (rozsiane i ropne)
- Nowotwory
- Krwawienia, krwotoki lub możliwość ich wystąpienia
- Żyłaki
- Zaburzenia krzepnięcia krwi
- Nadciśnienie
- Miażdżyca
- Wszelkie stany zapalne (RZS w okresie zaostrzenia choroby)
- Choroby o podłożu bakteryjnym, wirusowym i pasożytniczym
- Wysoka temperatura ciała
- Ciąża oprócz 4-8 miesiąca ciąży
- Osteoporoza

Info: każdy masaż może być dobrany indywidualnie wg potrzeb pracownika po uzgodnieniu z masażystą w dniu zabiegu.

ZGODA NA UDZIELENIE MASAŻU

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do korzystania z usług masażu. Wyrażam świadomą zgodę na udzielenie masażu i jednocześnie potwierdzam, że nie zataiłem/am stanu mojego zdrowia który mógłby wykluczyć mnie z korzystania z usług masażu.

tak

nie

Data

Czytelny podpis pacjenta