

ANKIETA DLA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEG MASAŻU



Mirela Wąsowska
Soul Melody
+48 884 687 368
ul. Stefana Batorego 21
59-930 Pięńsk

DANE	
NUMER	
DATA	DD / MM / RRRR

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

IMIĘ	NAZWISKO

NUMER TELEFONU	DATA URODZENIA												
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													DD / MM / RRRR

GŁÓWNA DOLEGLIWOŚĆ ORAZ CZAS TRWANIA

DOTYCHCZASOWE LECZENIE

CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE I UCZULENIA

PRZYJMOWANE LEKI

WAŻNE

Spożycie alkoholu przed masażem jest zabronione. Na półtorej godziny przed masażem zjeść posiłek.

PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU

Wszystkie stany chorobowe przebiegające z wysoką temperaturą ciała (powyżej 38° C); ostre i podostre stany zapalne; przerwanie ciągłości skóry; wczesny okres po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach (w takich przypadkach można masować poszczególne zdrowe stawy); wszelkiego rodzaju zmiany dermatologiczne; blizny, stłuczenia, stany zapalne skóry, żylaki (w takich przypadkach można masować tylko zdrowe części ciała); alergie na stosowane do masażu kosmetyki, alergie na olejki eteryczne; krwotoki lub tendencje do ich wystąpienia; niewyrównane wady serca, tętniaki, świeże zakrzepy, świeży zawał serca; nowotwory złośliwe i niezłośliwe; pourazowe wylewy w stawach i mięśniach (do 3 dni od urazu); zapalenia żył; zapalenie szpiku kostnego z przetokami; jamistość rdzenia; okres pierwszego trymestru i ostatniego miesiąca ciąży; okres ciąży z powikłaniami; wszystkie przypadki wymagające interwencji chirurgicznej; osoby po zabiegach operacyjnych (masaż można wykonać 12 miesięcy po zabiegu jeśli był poważny i 6 miesięcy po mniejszym, jeżeli blizny są dobrze zagojone); choroba wrzodowa z krwawieniami; kamica wątrobowa i nerkowa.

UKŁAD ODDECHOWY

Gruźlica; stany zapalne ostre (zapalenie płuc, oskrzeli); choroby zakaźne; zmiany nowotworowe; dychawica oskrzelowa w czasie napadów.

UKŁAD POKARMOWY

Pęknięcie wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy; zapalenie trzustki; wirusowe zapalenie wątroby; zapalenie pęcherzyka żółciowego, stany zapalne dróg żółciowych; zapalenie wyrostka robaczkowego; zapalenie otrzewnej; schorzenia o podłożu pasożytniczym; zmiany nowotworowe; zmiany grożące przerwanie ciągłości jelit.

UKŁAD KRAŻENIA

Stan po przebytym zawał serca (min. 2 tygodnie); zaawansowana miażdżyc naczyń wieńcowych; świeże stany zapalne zastawek i serca; niewyrównane wady serca; dusznica bolesna w czasie napadu; nadciśnienie; choroby naczyń obwodowych; skaza naczyniowa; zaawansowana miażdżyc naczyń obwodowych; żylaki ze zmianami skórnymi; żylaki miejscu występowania; zakrzepowe zapalenie żył (6 miesięcy po stanie zapalnym); choroba Birgera III°IV° i Reunalda III°.

ZGODA NA UDZIELENIE MASAŻU

Oświadczam, że zrozumiałam/-em w/w pytania, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Pomimo występowania wymienionych przeze mnie w/w chorób potwierdzam chęć skorzystania z usługi masażu na własną odpowiedzialność. Wyrażam zgodę na wykonanie przez Mirela Wąsowska „Soul Melody” zabiegu Masażu. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z przeciwwskazaniami i wpływem masażu na organizm człowieka. Zobowiązuję się zgłosić Masażyście każdą zmianę mojego stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.	PODPIS
	DATA DD / MM / RRRR

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do wykonywania Umowy o świadczenie usług oferowanych przez Mirela Wąsowska „Soul Melody”. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią Klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania moich danych osobowych oraz prawie dostępu do treści tych danych i prawie ich poprawiania. Oświadczam, że podałam/-em dane osobowe dobrowolnie i że są one zgodne z prawdą.	PODPIS
	DATA DD / MM / RRRR