Beleegyező nyilatkozat

Név:

Foglalkozás (opcionális)**:**

Számlázáshoz szükséges adatok:

Cím:

Telefon:

E-mail:

Választott masszázs:

A masszázs általános ellenjavallatai, kérem X-el jelölje amelyik Önre/Gyermekére érvényes:

- ☐ Akut gyulladás
- ☐ Daganatos betegség
- ☐ Kezeletlen vérnyomásprobléma
- ☐ Rándulás, ficam (6 héten belül)
- ☐ Friss trauma (pl.: törés), műtétek utáni lábadozási időszak
- ☐ Nem kezelt szívpanaszok
- ☐ Mélyvénás trombózis
- ☐ Terhesség 1. és 3. trimesztere
- ☐ Ízületi gyulladás, duzzanat a régióban
- ☐ Pszichiátriai betegség
- ☐ Pajzsmirigy probléma
- ☐ Lázas állapot
- ☐ Fertőző betegség
- ☐ Előrehaladott csontritkulás
- ☐ Izom- és szalagszakadás (8 héten belül)
- ☐ Nem kezelt szívpanaszok
- ☐ Fekély
- ☐ Vérzékenységgel járó betegségek
- ☐ Bőrfertőzés, bőrgyulladás
- ☐ Fogászati kezelés
- ☐ Pszichiátriai betegség
- ☐ Feltöltés (botox, hialuron)

☐ A fentiek közül egyik sem vonatkozik Rám / Gyermekemre .

Jellemző Önre valamelyik?

- ☐ Fejfájás/Migrén
- ☐ Ízületi problémák
- ☐ Fizikai munka
- ☐ Egészségtelen életmód (pl.: dohányzás)
- ☐ Visszér
- ☐ Zsibbadás
- ☐ Ülőmunka
- ☐ Mozgásszegény életmód
- ☐ Kevés folyadékfogyasztás

Van bármilyen allergiája érzékenysége? : ◯ IGEN ◯ NEM

Ha igen, mire?

A lenti aláírással Ön nyilatkozik a következőkről:
Ezen nyilatkozatom belátási képességem teljes tudatában töltöttem ki. Kijelentem, hogy nincs olyan betegségem, amely a kért kezelést alkalmatlanná tenné, egészségügyi állapotomat tekintve nem titkoltam el semmit.
. Ha az egészségügyi állapotomban változás történik, azt azonnal jelzem. A kezelést saját felelősségemre és saját elhatározásomból veszem igénybe.

Kelt.: , . év . hónap . nap

Aláírás

Szülői Nyilatkozat

Kiskorúak kezelése előtt:

Alulírott _____ kijelentem, hogy _____ nevű kiskorú gyermekemet szabad akaratomból hoztam masszázskezelésre, mint szülő/gondviselő/törvényes képviselő.
Kijelentem, hogy gyermekem egészségügyi állapotáról tett nyilatkozatom a valóságnak megfelel, semmit nem titkoltam el.
Kijelentem, hogy kiskorú gyermekem kezelésével kapcsolatos minden nemű tájékoztatást megkaptam és megértettem.

Kelt.: _____, _____. év _____. hónap _____. nap

_____
Aláírás

Adatkezelési tájékoztató:
Adatait és az Ön által megadott egészségügyi információkat csak én kezelem, kizárólag a számlázás és a kezelés céljából. Adatait harmadik félnek nem adom át.
A kezelésről számla kerül kiállításra.
Űrlap őrzési ideje: 6 hónap.
Új panasz esetén, új űrlap kerül kiállításra.
Megsemmisítés módja: Irat megsemmisítő gép, törlés.