

KARTA PACJENTA MASAŻU

Imię i nazwisko pacjenta : _____

Data urodzenia : _____

Adres zamieszkania : _____

Telefon kontaktowy : _____

Wywiad zdrowotny (proszę zaznaczyć odpowiedź):

- 1. Czy cierpi Pan/Pani na choroby przewlekłe? (np. cukrzyca, nadciśnienie)
- 2. Czy ma Pan/Pani problemy z kręgosłupem lub stawami?
- 3. Czy przebył/a Pan/Pani operacje w ostatnich 12 miesiącach?
- 4. Czy jest Pan/Pani w ciąży?
- 5. Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe?
- 6. Czy ma Pan/Pani stany zapalne, infekcje skórne lub otwarte rany?
- 7. Czy cierpi Pan/Pani na choroby serca lub układu krążenia?
- 8. Czy ma Pan/Pani alergie lub nadwrażliwość na kosmetyki lub masaże?
- 9. Czy odczuwa Pan/Pani bóle głowy, zawroty lub inne dolegliwości neurologiczne?
- 10. Inne uwagi lub przeciwwskazania:

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do masażu i nie zgłaszam żadnych przeciwwskazań lub poinformowałem/am osobę wykonującą masaż o wszelkich ograniczeniach zdrowotnych. Wyrażam zgodę na wykonanie zabiegu masażu.

Podpis pacjenta

Podpis masażysty

Podpis: _____

Podpis: _____

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://dokumenty-master.com/karta-pacjenta-masaz-wzor/>

Czy ten wzor był dla Ciebie pomocny?

Zobacz więcej zaktualizowanych wzorow na stronie:

<https://dokumenty-master.com>

Zobacz więcej wzorow

Ten wzor jest przeznaczony wyłącznie do użytku osobistego i niekomercyjnego.
Każde udostępnienie lub publikacja musi zawierać wskazanie źródła.

Ten wzor ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej.
W przypadku konkretnych sytuacji zaleca się konsultację z wykwalifikowanym specjalistą.