

## FORMULARZ ZDROWOTNY PRZED WIZYTĄ U MASAŻYSTY

Proszę o uzupełnienie formularza przed masażem. Informacje te są niezbędne, aby zapewnić bezpieczeństwo i działanie.

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

### PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU - ZAKAZ WYKONYWANIA MASAŻU

Czy posiada Pan/Pani któreś z podanych dolegliwości? Jeżeli tak proszę o zaznaczenie

- **Ostre zapalenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze** (np. grypa, angina, grzybica skóry)
- **Ostre stany zapalne** (np. zapalenie stawów, zapalenie ścięgien, zapalenie skóry)
- **Choroby nowotworowe** (w tym wczesnym i zaawansowanym stadium)
- **Zakrzepy, zatorowość lub inne zaburzenia krzepliwości krwi** (np. zakrzepica, żyłaki)
- **Świeże, kontuzje, skręcenia** (w okresie ostrego stanu zapalnego)
- **Gorączka** (jakakolwiek podwyższona temperatura ciała)
- **Ciąża**
- **Aktywna choroba serca** (np. ostra niewydolność serca, ciężka arytmia)
- **Ostre choroby neurologiczne** (np. stany po udarze, stany padaczkowe)
- **Zaburzenia psychiczne w stanie ostrym** (np. psychozy, stany maniakalne)
- **Ostre zapalenie nerwów lub korzonków** (np. rwa kulszowa w fazie ostrej)
- **Rany skóry** (np. rany, oparzenia, świeże blizny)
- **Niewydolność wątroby lub zapalenie w stanie ostrym**
- **Nadciśnienie tętnicze niekontrolowane** (szczególnie powyżej 160/100)
- **Choroby zakaźne przenoszone drogą kropelkową** (np. COVID-19, grypa, ospa)
- **Tętniaki** (szczególnie aorty brzusznej lub mózgowe)
- **Choroby autoimmunologiczne w aktywnej fazie** (np. reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty, Hashimoto, stwardnienie rozsiane, łuszczycowe zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego,)
- **Osteoporoza zaawansowana**
- **Przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych lub sterydów**
- **Nowo przebyty zabieg operacyjny** (do 6 tygodni)

Czy masz jakieś alergie (np. na oleje, preparat kosmetyczne)?

- Tak (prośba o szczegóły): \_\_\_\_\_
- Nie

### OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA MASAŻ I INFORMACJE ZDROWOTNE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że wszystkie informacje zdrowotne podane w formularzu są prawdziwe i kompletne. Zostałem/am poinformowany/a o przeciwwskazaniach do masażu oraz o konieczności wcześniejszej konsultacji lekarskiej w przypadku jakichkolwiek problemów zdrowotnych mogących stanowić zagrożenie dla mojego zdrowia i bezpieczeństwa.

Przyjmuję do wiadomości, że masaż nie zastępuje konsultacji lekarskiej ani terapii medycznej. Decyzję o skorzystaniu z usługi podejmuję świadomie i na własną odpowiedzialność. Zobowiązuję się także do informowania masażyisty o wszelkich zmianach stanu zdrowia przed kolejnymi wizytami.

Oświadczam, że mimo ewentualnych przeciwwskazań lub ryzyka związanego z zabiegiem, **świadomie** wyrażam zgodę na jego wykonanie. W przypadku pogorszenia samopoczucia lub wystąpienia niepokojących objawów w trakcie lub po masażu, zobowiązuję się niezwłocznie poinformować masażystę. Mam świadomość, że masaż może wpływać na organizm w sposób indywidualny i jego działanie może zależeć od mojej aktualnej kondycji zdrowotnej.

Podpis klienta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

