

Dane personalne

Imię i nazwisko: data urodzenia:

Kontakt (nr. tel. lub adres e-mail)

Dane medyczne

Główna dolegliwość:

Czas trwania dolegliwości: NRS (0-10):

Kiedy dolegliwości się nasilają:

Kiedy dolegliwości się zmniejszają:

Jak dotychczas przebiegało leczenie:

Przyjmowane leki:

Choroby współistniejące:

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ cukrzyca | ☐ chor. Kardiologiczne. | ☐ chor. zwyrodnieniowe |
| ☐ nadciśnienie. | ☐ chor. pulmonologiczne | ☐ chor. reumatyczne |
| ☐ żylaki. | ☐ chor. neurologiczne | ☐ przebyte operacje |
| ☐ osteoporoza. | ☐ zawał serca. | ☐ endoprotezy |
| ☐ nowotwór. | ☐ udar mózgu | ☐ złamanie. |
| ☐ choroby zakaźne. | ☐ hemofilia. | ☐ miażdżyca. |
| ☐ tętniaki. | ☐ gruźlica. | ☐ chor. bakteryjne, wirusowe, pasożytnicze |

☐ inne:**Rehabilitacja**

Czy były jakieś próby rehabilitacji? TAK / NIE*

Jakie były i czy przyniosły efekt?

Czy w danym momencie pacjent korzysta z innych zabiegów fizykalnych, terapia manualna, metody naturalne, yoga, itp.

Dane o masażu

Czy pacjent był kiedykolwiek masowany: TAK / NIE* (*właściwe zaznaczyć)

Jaki rodzaj masażu: relaksacyjny / leczniczy / inny

Jak często:

Czy masaż przyniósł pożądany efekt: TAK / NIE* (*właściwe zaznaczyć)

Czy pacjent jest uczulony na jakiekolwiek środki chemiczne, składniki kosmetyków: TAK / NIE* (*właściwe zaznaczyć)

Jakie środki:

Czy występują zmiany skórne (np. kurczaki, liszaj itp. – które mogą się przenieść). Jeżeli tak, to czy znajdują się na obszarach które będą masowane?

Czy są jakieś miejsca, co do których pacjent nie wyraża zgody na masaż (np. twarz, dekolt, pośladki itd.): TAK / NIE

Jakie:

Wywiad zawodowy (charakter pracy: fizyczna, umysłowa)

Aktywność fizyczna, relaks, sporty ekstremalne (opcjonalnie)

Oświadczenie pacjenta: Oświadczam, że informacji o swoim stanie zdrowia udzieliłem/udzieliłam zgodnie z prawdą i nie posiadam wiedzy o żadnych dodatkowych dolegliwości. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez masażystę Pan Kien Dang Sy w celu prowadzenia dokumentacji i realizacji usług masażu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO). Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO i przysługującymi mi prawami.

data i podpis pacjenta

Uwagi o stanie zdrowia