

HORELKO

WELLPROCESS

Harmonia i relaks dla Ciebie

ANKIETA PACJENTA PRZED MASAŻEM

Prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Wszystkie informacje są poufne i służą wyłącznie bezpieczeństwu oraz jakości świadczonych usług.

1. PIERWSZA WIZYTA

☐ Tak ☐ Nie

2. CZY KORZYSTAŁ(A) PAN/PANI WCZEŚNIEJ Z MASAŻU?

☐ Tak ☐ Nie

3. DATA WIZYTY

4. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

5. CEL WIZYTY (PROSZĘ ZAZNACZYĆ)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ☐ Relaksacyjny | ☐ Regeneracja po wysiłku |
| ☐ Leczniczy | ☐ Zmniejszenie napięcia mięśni |
| ☐ Sportowy | ☐ Zmniejszenie bólu |
| ☐ Inny: _____ | |

6. AKTUALNE DOLEGLIWOŚCI

Czy obecnie odczuwa Pan/Pani:

- | | |
|---|--|
| ☐ Ból | ☐ Ograniczenie ruchomości |
| ☐ Sztywność mięśni | ☐ Bóle głowy |
| ☐ Drętwienie | ☐ Inne |
| ☐ Mrowienie | |
| ☐ Obrzęki | |

Miejsce występowania dolegliwości: _____

Od kiedy występują? _____

7. STAN ZDROWIA (PROSZĘ ZAZNACZYĆ)

- | | |
|--|---|
| ☐ Nadciśnienie | ☐ Choroby nowotworowe |
| ☐ Choroby serca | ☐ Zakrzepica |
| ☐ Cukrzyca | ☐ Żylaki |
| ☐ Choroby tarczycy | ☐ Choroby skóry |
| ☐ Osteoporoza | ☐ Choroby zakaźne |
| ☐ Padaczka | ☐ Astma |
| ☐ Choroby neurologiczne | ☐ Implanty ortopedyczne |
| ☐ Choroby reumatyczne | ☐ Zaburzenia krzepnięcia |
| | ☐ Świeże tatuaże lub zabiegi kosmetyczne |
| ☐ Inne: _____ | |

8. PRZEBYTE URAZY I OPERACJE

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiły:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Operacja | ☐ Zwichnięcie |
| ☐ Złamanie | ☐ Inny uraz |
| ☐ Skręcenie | |

Opis: _____

9. LEKI

9.1 Czy przyjmuje Pani/Pan leki? ☐ Tak ☐ Nie

9.2 Jeśli tak, jakie? _____

10. ALERGIE

10.1 Czy posiada Pani/Pan alergię? ☐ Tak ☐ Nie

10.2 Na co? _____

11. STYL ŻYCIA

11.1 Rodzaj pracy:

- ☐ Siedząca
☐ Fizyczna
☐ Mieszana

11.2 Aktywność fizyczna:

- ☐ Brak
☐ 1-2 razy w tygodniu
☐ 3-5 razy w tygodniu
☐ Codziennie

12. DODATKOWE INFORMACJE

12.1 Czy jest Pani w ciąży? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, który tydzień? _____

12.2 Czy posiada Pani/Pan rozrusznik serca lub inne implanty? ☐ Tak ☐ Nie

Jakie? _____

13. ZGODA NA MASAŻ WYBRANYCH CZĘŚCI CIAŁA

13.1 Wyrażam zgodę na masaż całego ciała: ☐ Tak ☐ Nie

PROSZĘ ZAZNACZYĆ MIEJSCA, KTÓRYCH PAN/PANI NIE CHCE,
ABY BYŁY MASOWANE:

- | | |
|---|---|
| ☐ Głowa | ☐ Plecy – górna część |
| ☐ Twarz | ☐ Plecy – środkowa część |
| ☐ Szyja | ☐ Plecy – dolna część |
| ☐ Kark | ☐ Pośladki |
| ☐ Barki | ☐ Biodra |
| ☐ Ramiona | ☐ Uda – przód |
| ☐ Przedramiona | ☐ Uda – tył |
| ☐ Łokcie | ☐ Łydki |
| ☐ Dłonie | ☐ Stopy |
| ☐ Klatka piersiowa | ☐ Palce u rąk |
| ☐ Brzuch | ☐ Palce u nóg |

Można zaznaczyć miejsca bólu lub szczególnie wrażliwe.

OCENA BÓLU

Proszę zaznaczyć natężenie bólu w skali 0–10 (0 – brak bólu, 10 – ból nie do zniesienia)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Czy ból promieniuje? ☐ Tak ☐ Nie Gdzie? _____

UWAGI MASAŻYSTY

14. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w ankiecie są zgodne z prawdą. Zobowiązuję się poinformować masażystę o każdej zmianie mojego stanu zdrowia mogącej mieć wpływ na bezpieczeństwo zabiegu.

Potwierdzam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o celu, przebiegu oraz możliwych przeciwwskazaniach do masażu i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie zabiegu.

Data: _____ Podpis pacjenta: _____

15. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz informacji dotyczących stanu zdrowia wyłącznie w celu prowadzenia dokumentacji gabinetowej, zapewnienia bezpieczeństwa wykonywanych zabiegów oraz realizacji usług masażu.

Dane będą wykorzystywane wyłącznie do użytku wewnętrznego gabinetu, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych i nie będą udostępniane osobom trzecim bez podstawy prawnej.

☐ Wyrażam zgodę. Podpis pacjenta: _____

DZIĘKUJEMY ZA ZAUFANIE! ♥