

## ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU MASAŻU

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....

Adres: .....

Numer telefonu: ..... e-mail: .....

1. Proszę wymienić choroby, które leczy się Pan(i) obecnie:  
.....
2. Czy w okresie ostatnich 5 lat był Pan(i) leczony na choroby nowotworowe? (właściwe zaznaczyć)  
 tak  
 nie
3. Czy jest pan(i) uczulana na jakiegokolwiek środki poślizgowe lub wyciągi olejków eterycznych?  
.....
4. Czy posiada Pan(i) zmiany skórne (np. kurczaki, liszaj itp. – które mogą się przenieść) Jeżeli tak to czy znajdują się na obszarach które będą masowane: ręce, stopy, nogi, plecy.  
.....

Oświadczam, że zrozumiałem/am powyższe pytania, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Pomimo występowania wymienionych przeze mnie w pkt. 1 chorób oraz/lub potwierdzenia pkt.2 potwierdzam chęć skorzystania z usługi masażu na własną odpowiedzialność.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do korzystania z usług masażu i wpływem masażu na organizm człowieka. Wyrażam świadomą zgodę na odbycie zabiegów masażu i jednocześnie potwierdzam, że nie zataiłem/am stanu mojego zdrowia który mógłby wykluczyć mnie z korzystania z usług masażu.

Zobowiązuję się zgłosić MASAŻYŚCIE każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

### PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU

W większości przypadków masaż jest zabiegiem bezpiecznym. Osoby, których dotyczy jedna z wymienionych niżej sytuacji, nie powinny poddawać się masażowi.

- Spożywanie alkoholu przed masażem jest niewskazane.
- Powinno się najpóźniej na półtorej godziny przed masażem spożyć posiłek.
- Przeciwwskazania do masażu klasycznego, relaksacyjnego:
- wszystkie stany chorobowe przebiegające z wysoką temperaturą ciała (powyżej 38° C), ostre i podostre stany zapalne,
- przerwanie ciągłości skóry, wczesny okres po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach, (W takich przypadkach można masować poszczególne zdrowe stawy)
- wszelkiego rodzaju zmiany dermatologiczne,
- blizny, stłuczenia, stany zapalne skóry, żylaki (W takich przypadkach można masować tylko zdrowe części ciała)
- alergię na stosowane do masażu kosmetyki,
- krwotoki lub tendencje do ich wystąpienia,
- niewyrównane wady serca, tętniaki, świeże zakrzepy, świeży zawał serca,
- nowotwory złośliwe i niezłośliwe,
- pourazowe wylewy w stawach i mięśniach (do 3 dni od urazu)
- zapalenia żył



Gabinety Medyczne

- zapalenie szpiku kostnego z przetokami,
- jamistość rdzenia,
- okres pierwszego trymestru i ostatniego miesiąca ciąży,
- okres ciąży z powikłaniami,
- wszystkie przypadki wymagające interwencji chirurgicznej,
- osoby po zabiegach operacyjnych. (Masaż można wykonać 12 miesięcy po zabiegu, jeśli był poważny i 6 miesięcy po mniejszym, jeżeli blizny są dobrze zagojone)
- choroba wrzodowa z krwawieniami,
- kamica wątrobowa i nerkowa.

### ZGODA NA WYKONANIE ZABIEGU MASAŻU

*Z pacjentką przeprowadzono rozmowę, podczas której w sposób zrozumiały przedstawiłam/em celowość przeprowadzenia zabiegu, jego przewidywany przebieg i możliwe do wystąpienia powikłania. Pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu.*

.....  
Pieczętka i podpis wykonującego zabieg

.....  
Imię i Nazwisko pacjenta

.....  
Data i podpis pacjenta