



DANE PACJENTA:

imię i nazwisko:.....

numer pesel.....

dane opiekuna prawnego (w przypadku osoby małoletniej):.....

płeć:.....

adres zamieszkania:.....kod pocztowy:.....

telefon:.....

dane do faktury (opcjonalnie):.....

e-mail (opcjonalnie):.....

LISTA PRZECIWWSKAZAŃ:

Przeciwwskazania bezwzględne do wykonania zabiegów masażu

- przeziębienia i infekcje przebiegające z podwyższoną temperaturą ciała (powyżej 38 stopni) TAK / NIE
- krwotoki lub tendencje do występowania krwotoków, TAK / NIE
- zmiany nowotworowe (masaż możliwy po okazaniu pisemnej zgody od lekarza onkologa) TAK / NIE
- epilepsja, TAK / NIE
- nieuregulowane nadciśnienie tętnicze TAK / NIE
- choroby zakaźne skóry TAK / NIE
- świeże stany pourazowe (złamania, pęknięcia) TAK / NIE
- ostre stany zapalne przebiegające z dużą bolesnością TAK / NIE
- wrodzona łamliwość kości, zaawansowana osteoporoza TAK / NIE
- choroba wrzodowa żołądkowa i dwunastnicy w fazie ostrej z krwawieniem TAK / NIE
- kamica wątrobowa i nerkowa, TAK / NIE
- tętniaki naczyniowe, TAK / NIE
- niewyrównane wady serca, TAK / NIE
- stan świeżo po zawale serca TAK / NIE
- zapalenie trzustki TAK / NIE
- zakrzepica, zatory TAK / NIE
- żółtaczka, TAK / NIE
- gruźlica, dusznica bolesna i astma w fazie ostrej TAK / NIE
- żyłaki kończyn dolnych z owrzodzeniem i ranami TAK / NIE
- obrzęki niewiadomego pochodzenia TAK / NIE
- pacjent pod wpływem leków psychotropowych TAK / NIE
- ciąża (masaż możliwy jeśli lekarz ginekolog wyraził zgodę) TAK / NIE

Przeciwwskazania względne (nie wykluczają wykonania zabiegu masażu)

- żylaki kończyn dolnych bez owrzodzeń TAK / NIE
 - pękające naczynka i tendencje do siniaków TAK / NIE
 - rany otwarte, przerwanie ciągłości skóry TAK / NIE
 - nadciśnienie tętnicze niestabilne i powyżej 160/95 mgHg TAK / NIE
 - przyspieszone tętno TAK / NIE
 - przebyty udar, wylew TAK / NIE
 - stan po zawale serca TAK / NIE
 - reakcje alergiczne TAK / NIE
 - metalowe elementy w ciele TAK / NIE
 - obrzęki, zasinienia TAK / NIE
 - inne.....
-

Należy poinformować terapeutę o WSZYSTKICH występujących przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu. Jeśli u Pacjenta występują schorzenia współistniejące nie uwzględnione na liście przeciwwskazań, należy również poinformować o tym fakcie na wizycie konsultacyjnej. Zatajenie jakiegokolwiek schorzenia może mieć niekorzystne skutki dla zdrowia.

Możliwe objawy uboczne pojawiające się po zabiegu masażu

Ogólne zmęczenie i senność

Ból mięśni w okolicy zabiegowej utrzymujący się nawet do kilku dni

Zasinienia

Lekki stan podgorączkowy

Dreszcze

Możliwe jest wystąpienie innych, nie opisanych wyżej objawów, które są indywidualną reakcją na zabieg.

Oświadczam, iż zapoznałem/lam się z listą przeciwwskazań do zabiegu i listą możliwych działań niepożądanych. Nie zataiłem/lam żadnej z opisanych i nieopisanych jednostek chorobowych. Jestem świadomy/a wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych oraz możliwości pojawienia się niestandardowych objawów.

Warszawa dnia

Podpis