Дата запоанення	анкети	Майс	гер.				Nº		
ПІП							1.0		
Дата народження/вік	Зріст	Вага	Попередній курс масажу			a		9	
Основна причина звернення			Порушення дихання						
Біль (зона болю)	Характер	Інтенсивність (0 - 10)	Порушення сну		- H. T.) H	~ (F1)	\
			Зниження рухливості			5			
			Стрес, тривога		hunds.	- Elin		─ / \	Fand
			Алергії		app		F \ /\		а <i>ВВа</i>
			Шкідливі звички			/	1	1.1	
			Різка зміна ваги		1	1	1		
			Артеріальний тиск			-	()(.)	
							128	4	
					A.C.	3530		3550	
	Серцево- судинна система	Сечо статева система	Шлунково- кишковий тракт	Стан цукру					
Опорно-руховий апарат (ОПР)									
Захворювання (операції)									
Психологічний стан									
Образ життя			Л						
Інше									

	Явка	Зона болю	Примітки	
1				
2				Я,
3				масажу заради проведення курсу (процедури) масажу. Повідомляю спеціаліста про відсутні (-) чи наявні (+) у мене: алергічних реакцій немає шкідливих звичок
4				, застосування медичних препаратів
5				
6				масажу: захворювання крові, схильність до тромбоутворення, туберкульоз, СНІД, наявність пухлин, індивідуальна непероносимість масажу, порушення психіки,
7				лихоманка, венеричні захворювання та хвороби шкіри, алкогольне сп'яніння, гострі
8				захворювання та інфекції, вагітність, менструація, інтоксикація, кровотечі, індивідуальні медичні протипокази, виявлені іншими спеціалістами. Я розумію, що
				перераховані чи не вказані тут протипокази можуть спричинити ускладнення і
9				призвести до додаткових хірургічних, лікувальних чи діагностичних процедур, що
10				може потребувати від мене додаткових грошових і часових витрат і студія не несе
	1	0		відповідальності в разі виникнення ускладнень, якщо я не повідомив(-ла) або не знав (-ла) про свої протипоказання, надавши згоду на процедуру. Усвідомлюю, що можливе
Особові відмітки			1	виникнення больових відчуттів під час процедури та можлива наявність мікрогематом,
				синців, гіперемії чи алергічних реакцій (масло, гель,крем). Я був(-ла)
				проінформований(-на), що мінімальний курс масажу становить 10 сеансів; курси
				лікувального масажу бажано повторювати двічі на рік; курси по корекції фігури
				повторюються при індивідуальній рекомендації майстра та рішення клієнта. Під час
				проведення курсу масажу по корекції фігури для досягнення кращого результату необхідно дотримуватись рекомендацій масажиста. Після установки
				внутрішньоматкової спіралі масаж допустимий після згоди гінеколога. Підтверджую,
				що даний документ був мною прочитаний, мені роз'яснений, а зміст мені зрозумілий.
				Даної інформації мені достатньо для надання та підтвердження мною даної письмової
				згоди. Прізвище та ініціали: Підпис: