

ПІП:									
Майстер							№		
	Зміна об'єму	Зміна к-сті целюліту	Зміна ваги	Тонус шкіри	Тонус м'язів	Інше			
Вага:		Зріст:		Дата народження:		Індекс маси тіла:			
	Коли набрали вагу:								
Заміри об'єму	Живіт:	Сідниці:		Права нога:	Ліва нога:	Руки:	Каліпометр:		
Оцінка загального стану здоров'я	Попередній курс масажу		Щит-на залоза	Сечостатева с-ма	Серцево-судинна с-ма	Нервова с-ма	Стул	Критичні дні (регулярність)	
	Порушення сну								
	Порушення дихання								
	Стреси, тривога								
	Алергічні реакції								
	Діти/ пологи								
Режим дня	Часовий діапазон	Підйом						Сон	
	Харчування								
	Рух/фіз.активність								
	Інше								
Кількість води				Кількість кроків за день					
Кава/чай				Критичні дні (цикл: початок - кінець)					
Алкоголь				Прийом гормональних препаратів					
Рекомендації:									

Я, \_\_\_\_\_ добровільно звертаюсь до фахівця студії масажу заради проведення курсу (процедури) масажу. Повідомляю спеціаліста про відсутні (-) чи наявні (+) у мене: алергічних реакцій немає шкідливих звичок \_\_\_\_\_, застосування медичних препаратів \_\_\_\_\_, хронічних захворювань \_\_\_\_\_.

Підтверджую, що був(-ла) проінформований (-на) про існуючі протипоказання до масажу: захворювання крові, схильність до тромбоутворення, туберкульоз, СНІД, наявність пухлин, індивідуальна непереносимість масажу, порушення психіки, лихоманка, венеричні захворювання та хвороби шкіри, алкогольне сп'яніння, гострі 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 призвести до додаткових хірургічних, лікувальних чи діагностичних процедур, що може потребувати від мене додаткових грошових і часових витрат і студія не несе відповідальності в разі виникнення ускладнень, якщо я не повідомив(-ла) або не знав (-ла) про свої протипоказання, надавши згоду на процедуру. Усвідомлюю, що можливе 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: \_\_\_\_\_