

הצהרת בריאות לקבלת עיסוי

השאלון הינו סודי בהחלט וישמש למטרת הטיפול וקידום צרכי המטופל בלבד
בעיות רפואיות מיוחדות - האם את/ה סובל/ת מ...?

שאלות בריאות

מחלת לב: כן

asdas dasdasd asd

בעיות עמוד שדרה: כן

سینتبلاسیب سیبررلانشتاسبی

שברים/נקעים: כן

לחדגנכדגכ דגכלחנכדגכל דגכילגדהנכלידג

שפעת/דלקת: לא

אפילפסיה: לא

הריון: לא

ניתוח אחרון: לא

תרופות כרוניות: לא

בעיות גופניות אחרות: לא

פטריות: לא

אזורים כואבים: לא

חזק עוצמת טיפול:

גב אזורי מיקוד:

מחמוד שם המטופל:

316576586 ת.ז:

0525573560 טלפון:

יגוג כתובת:

22.10.2025 תאריך לידה:

אני מצהיר/ה כי האחריות להחליט באם כשרי הגופני מתאים לקבלת טיפול חלה עלי בלבד, כי אינני
סובלת/ת מבעיות רפואיות שעלולות לסכן אותי, ומאשר/ת כי המידע שמסרתי מלא ונכון ומוותר/ת
על זכותי לתבוע את המטפל/ת בעתיד בהקשר לטיפול זה:מאושר

חתימה