

הצהרת בריאות לקבלת עיסוי

השאלון הינו סודי בהחלט וישמש למטרת הטיפול וקידום צרכי המטופל בלבד

בעיות רפואיות מיוחדות - האם את/ה סובל/ת מ...?

| | |
|-------------|------------|
| שם המטופל: | מחמוד |
| ת.ז: | 316576586 |
| טלפון: | 0525573560 |
| כתובת: | יגוג |
| תאריך לידה: | 22.10.2025 |

| | |
|--------------|-------|
| הצהרה: | מאושר |
| עוצמת טיפול: | חזק |
| אזורי מיקוד: | גב |

שאלות בריאות

מחלת לב: כן
asdas dasdasd asd

בעיות עמוד שדרה: כן
سينتبلاسيب سيبرلانشتاسبي

שברים/נקעים: כן
לחדגנכדגכ דגכלחנדגכל דגכילגדהנכלידג

שפעת/דלקת: לא

אפילפסיה: לא

הריון: לא

ניתוח אחרון: לא

תרופות כרוניות: לא

בעיות גופניות אחרות: לא

פטריות: לא

אזורים כואבים: לא

חתימה



טופס נוצר אוטומטית על ידי מערכת SAN © 2025