

# 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: לא

בעיות עמוד שדרה: לא

שברים/נקעים: לא

שפעת/דלקת: לא

אפילפסיה: לא

הריון: לא

ניתוח אחרון: לא

תרופות כרוניות: לא

בעיות גופניות אחרות: לא

פטירות: לא

אזורים כואבים: לא

חזק עוצמת טיפול:

גב אזורי מיקוד:

מחמוד שם המטופל:

316576586 ת.ז:

0525573560 טלפון:

haifa כתובת:

25.02.1997 תאריך לידה:

אני מצהיר/ה כי האחריות להחליט באם כשרי הגופני מתאים לקבלת טיפול חלה עלי בלבד, כי אינני  
סובל/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