

**ANKIETA DLA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ NA MASAŻ RELAKSACYJNY**

Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………………………………………………….

Rok urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu: .......................................................................................................................

1. Proszę wymienić choroby które leczy się Pan(i) obecnie:

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

2. Czy w okresie ostatnich 5 lat był Pan(i) leczony na choroby nowotworowe?

(właściwe zaznaczyć **X** )

Tak ……..

Nie………

3. Czy jest pan(i) uczulana na jakiekolwiek środki poślizgowe lub wyciągi olejków eterycznych?:

.....................................................................................................................................................

4. Czy posiada Pan(i) zmiany skórne (np. kurzajki, liszaj itp. – które mogą się przenieść) Jeżeli tak to czy

znajdują się na obszarach które będą masowane: ręce, stopy, nogi, plecy.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że zrozumiałem/am pytania a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Pomimo występowania wymienionych przeze mnie w pkt. 1 chorób oraz/lub

potwierdzenia pkt.2 potwierdzam chęć skorzystania z usługi masażu na własną odpowiedzialność.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do korzystania z usług masażu i wpływem masażu na organizm człowieka.

Zobowiązuję się zgłosić MASAŻYŚCIE każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania serii masażów.

Wyrażam świadomą zgodę na odbycie zabiegów masażu i jednocześnie potwierdzam, że nie zataiłem/am stanu mojego zdrowia który mógłby wykluczyć mnie z korzystania z masażu.

…………..…………………………………………………….

Data i podpis

**PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU**

W większości przypadków masaż jest zabiegiem bezpiecznym. Osoby, których dotyczy jedna z wymienionych niżej sytuacji, nie powinny poddawać się masażowi.

· Spożywanie alkoholu przed masażem jest niewskazane.

· Powinno się najpóźniej na półtorej godziny przed masażem spożyć posiłek.

Przeciwwskazania do masażu klasycznego, relaksacyjnego:

· wszystkie stany chorobowe przebiegające z wysoką temperaturą ciała (powyżej 38° C), ostre i podostre stany zapalne,

· przerwanie ciągłości skóry, wczesny okres po złamaniach, skręceniach i zwichnięciach,

(W takich przypadkach można masować poszczególne zdrowe stawy)

· wszelkiego rodzaju zmiany dermatologiczne,

· blizny, stłuczenia, stany zapalne skóry, żylaki

(W takich przypadkach można masować tylko zdrowe części ciała)

· alergie na stosowane do masażu kosmetyki,

· krwotoki lub tendencje do ich wystąpienia,

· niewyrównane wady serca, tętniaki, świeże zakrzepy, świeży zawał serca

· nowotwory złośliwe i niezłośliwe,

· pourazowe wylewy w stawach i mięśniach (do 3 dni od urazu)

· zapalenia żył

· zapalenie szpiku kostnego z przetokami,

· jamistość rdzenia,

· okres pierwszego trymestru i ostatniego miesiąca ciąży,

· okres ciąży z powikłaniami,

· wszystkie przypadki wymagające interwencji chirurgicznej,

· osoby po zabiegach operacyjnych.

(Masaż można wykonać 12 miesięcy po zabiegu jeśli był poważny i 6 miesięcy po mniejszym, jeżeli blizny są dobrze zagojone)

· choroba wrzodowa z krwawieniami,

· kamica wątrobowa i nerkowa.

**SZCZEGÓŁOWE PRZECIWWSKAZANIA DO MASAŻU**

**UKŁAD ODDECHOWY**

· Gruźlica

· Stany zapalne ostre (zapalenie płuc, oskrzeli)

· Choroby zakaźne

· Zmiany nowotworowe

· Dychawica oskrzelowa w czasie napadów

**UKŁAD POKARMOWY**

· Pęknięcie wrzodu żołądka i wrzodu dwunastnicy

· Zapalenie trzustki

· Wirusowe zapalenie wątroby

· Zapalenie pęcherzyka żółciowego

· Stany zapalne dróg żółciowych

· Zapalenie wyrostka robaczkowego

· Zapalenie otrzewnej

· Schorzenia o podłożu pasożytniczym

· Zmiany nowotworowe

· Zmiany grożące przerwanie ciągłości jelit

**UKŁAD KRĄŻENIA**

· Stan po przebytym zawale serca (2tyg)

·Zaawansowana miażdżyca naczyń wieńcowych

· Świeże stany zapalne zastawek i serca

· Niewyrównane wady serca

·Dusznica bolesna w czasie napadu

· Nadciśnienie

· Choroby naczyń obwodowych

· Skaza naczyniowa

· Zaawansowana miażdżyca naczyń Obwodowych

· Żylaki ze zmianami skórnym

· Żylaki miejscu występowania

· Zakrzepowe zapalenie żył (6 miesięcy po stanie zapalnym)

· Choroba Birgera III°IV°

· Choroba Reunalda III°IV

**ZGODA NA UDZIELENIE MASAŻU**

Po zapoznaniu się z przeciwwskazaniami wyrażam zgodę na wykonanie masaży (właściwe zaznaczyć **X**)

**TAK……..**

**NIE………**

Data …............................................ Czytelny podpis……………….................................................................................

W celu ochrony danych osobowych otrzymuje Pan /Pani Indywidualny Numer Klienta

|  |
| --- |
| **Indywidualny numer** |