Kwestionariusz Konsultacyjny

Imię i Nazwisko…….....……Wiek….. Płeć: K M

Pesel :……

Tel. …….

Adres :……

Proszę opisać swoją dolegliwość lub miejsce których dotyczy problem

……

……

- jaki to ból / zaburzenia czynności ?

……

- przez co jest wywoływany i ile się utrzymuje ?

…….

Czy te objawy są wynikiem urazu , jeżeli tak , proszę podać krótki opis i datę urazu

Uraz …….....Data.....

Wcześniejsze leczenie

……

Zabiegi Chirurgiczne :

……..... …….. Data ……

Ostatni Masaż terapeutyczny …… Data …….

Zabiegi Rehabilitacyjny :

……..... Data.....

…… Data ……

Rodzaj Pracy …….....…….

Pozycja w pracy : siedząca - stojąca

Ćwiczenia i aktywność rekreacyjna Częstotliwość

…… ……

PRZECIWWSKAZANIE DO MASAŻU (KIEDY NIE MOŻNA MASOWAĆ)

Klient zobowiązany jest do zapoznania się z poniższym wykazem przed podpisaniem oświadczenia dostępnym w gabinecie CRIS- MED Tlenoterapii i Masażu o braku przeciwwskazań do wykonania masażu/zabiegu. Klient (w przypadku osób niepełnoletnich rodzic/opiekun prawny dziecka) ponosi pełną odpowiedzialność za złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonania masażu/zabiegu oraz ma świadomość o grożących skutkach mających wpływ na jego (lub dziecka) stan zdrowia. W przypadku wątpliwości Klient lub rodzic/opiekun prawny osoby niepełnoletnich przed masażem/zabiegiem może zasięgnąć informacji u terapeuty, który zaproponuje inny rodzaj zabiegu lub niestety odmówi wykonania jakiegokolwiek zabiegu z uwagi na duże ryzyko.

Ciąża i menstruacja …….. TAK NIE
Nadciśnienie leki? ……..……... TAK NIE

Krwawienia, krwotoki lub możliwość ich wystąpienia TAK NIE

Gorączka TAK NIE

Świeże stany zapalne zastawek i serca TAK NIE

Stan po przebytym Zawale Serca i okres po przebyciu …….. TAK NIE

Zaawansowana osteoporoza TAK NIE

Miażdżyca w stopniu zaawansowanym TAK NIE

Choroby o podłożu bakteryjnym TAK NIE

Ostre Stany Zapalne TAK NIE

Choroby zakaźne TAK NIE

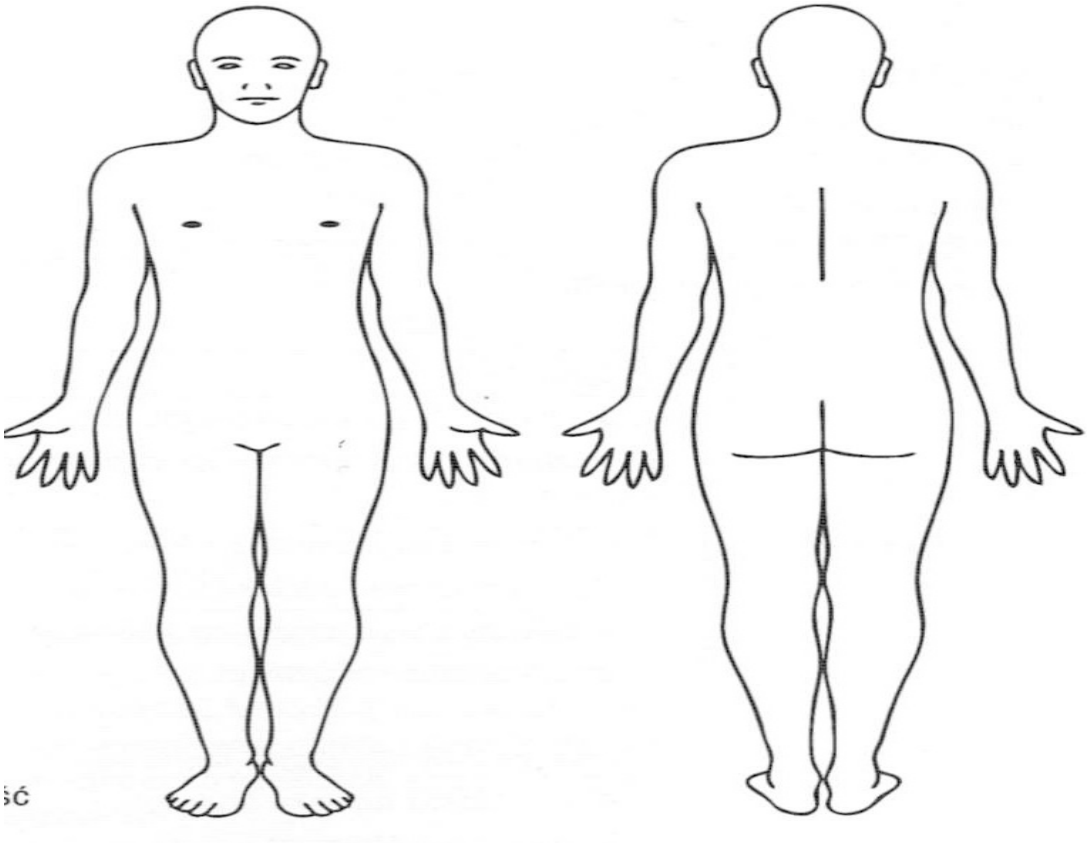
Choroby Skóry TAK NIE

Zapalenie żył TAK NIE

Choroba Nowotworowa i okres po ich przebyciu ……. TAK NIE
Pęcherze skórne TAK NIE

Wszelkie stany zapalne RZS TAK NIE
Tętniaki TAK NIE
Grzybica skóry i paznokci TAK NIE

OBJAWY



X - lekki ból
X- średni ból
X silny ból
Y - drętwienie
Z - Sztywność lub ograniczona ruchomość

Badanie RTG : TAK NIE

Czy zażywa Pan/i leki przeciwbólowe ? TAK - NIE. Jeżeli tak to jakie ?

……

W dniu wizyty ? TAK - NIE

Data …….. Podpis……

Data	Rodzaj Masażu	Czas

OŚWIADCZENIE

Ja….....
oświadczam , że poinformowano mnie o zasadach ochrony danych osobowych GABINETU TLENOTERAPII I MASAŻU CRIS-MED KRZYSZTOF KRUPA i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie świadczonych oferowanych usług .

…..... ….....

DATA PODPIS