

.....
Nazwisko i imię pacjenta:

..... lat
Wiek:

.....
Data:

ANKIETA DLA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ NA ZABIEG MASAŻU

1. Proszę wymienić choroby, na które leczy się Pan(i) obecnie: (lub wpisać: -----)

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

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

tak nie

Oświadczam, że zrozumiałem/am w/w pytania, 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.

Zobowiązuję się zgłosić terapeutce każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

ZGODA NA UDZIELENIE MASAŻU¹

Wyrażam zgodę na wykonanie przez:

.....
- masażu tak nie

Oświadczam, że zapoznałem/am się z uwagami i zasadami dotyczącymi korzystania z zabiegów masażu oraz przeciwwskazaniami do korzystania z usług masażu jednocześnie potwierdzając niewystępowanie u mnie żadnego z nich.

Zobowiązuję się zgłosić terapeutce każdą zmianę stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

Podstawa prawna:

¹Art. 15-19 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 z późn. Zm.).

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem korzystania usługi masażu oferowanemu przez Akademia Zdrowia a także z przeciwwskazaniami i wpływem masażu na organizm człowieka.

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

.....
Data i czytelny podpis pacjenta