

ANKIETA PRZED WYKONANIEM MASAŻU

IMIĘ I NAZWISKO:

TELEFON KONTAKTOWY:

DZIEŃ I MŚC URODZENIA:

ADRES EMAIL:

* otrzymasz prezent w dniu urodzin

1. Czy jest to Twój pierwszy masaż?

☐ tak

☐ nie

Jeśli nie - proszę podać, jakie masaże były wykonywane wcześniej

2. Samopoczucie w dniu masażu :

☐ dobre

☐ zadowolające

☐ złe

3. Czy występują problemy z snem i regeneracją?

☐ tak

☐ nie

jeśli tak, proszę podać średnią liczbę godzin snu

4. Czy w okresie ostatnich 10 lat leczona była choroba nowotworowa?

☐ tak

☐ nie

5. Czy występuje alergia (np. na składniki kosmetyków, metale, lateks lub inne?)

☐ tak

☐ nie

jeśli tak, proszę podać szczegóły

6. Czy występują zmiany skórne, które należy omijać podczas masażu (np. opryszczka, brodawki, kurzajki, liszaj, egzema, grzybica itp.).

☐ tak

☐ nie

jeśli tak, proszę podać miejsce na ciele

7. Czy regularnie stosujesz leki, maści, korzystasz z innych zabiegów, itp.

☐ tak

☐ nie

jeśli tak, proszę podać szczegóły

8. Czy w ostatnim roku przebyte zostały operacje, urazy, zabiegi chirurgiczne?

☐ tak

☐ nie

jeśli tak, proszę podać szczegóły

9. W jaki sposób dowiedziałas/eś się o gabinecie Botanika masaż?

10. Jestem o w czasie przygotowań do ciąży / ciąży/ położu? (przeciwwskazania pierwsze pierwszy trymestr ciąży i dziewiąty miesiąc ciąży)

☐ tak (który tydzień)

☐ nie dotyczy

11. Czy w ciągu ostatniego miesiąca występowały objawy chorobowe (np. opryszczka " zimno, zająd", przeziębienie, gorączka, kaszel?)

☐ tak

☐ nie

12. Czy masz skłonność do zatrzymywania wody w ciele / obrzęków?

☐ tak (jakie okolice)

☐ nie

13. Czy cierpisz na którąś z wymienionych chorób/ schorzeń? (proszę zaznaczyć)

Stany zapalne

Zakrzepica

Tętniaki

Gorączka

Żylaki

Cukrzyca

Nadciśnienie tętnicze

Osteoporoza

Choroby serca/ układu krążenie

Nowotwory

Choroby płuc

Choroby neurologiczne

Choroby zwyrodnieniowe

Choroby reumatyczne

Zawał serca

Udar mózgu

Przebyta operacja

Endoprotezy

Przebyte pęknięcia kości

Epilepsja

Depresja

Dyskopatie

☐ Nie występują u mnie żadne z powyższych przeciwwskazań

☐ Występują u mnie następujące (proszę wpisać):

14. Czy w ostatnim czasie wykonywane były zabiegi medycyny estetycznej /kosmetologii/ tatuażu?

☐ tak (jakie okolice)

☐ nie

ZALECENIA DLA KLIENTA PRZED MASAŻEM I PO

-PRZED

1. Unikaj obfitych posiłków na 1-2 godziny przed masażem,
2. Pij odpowiednią ilość wody aby nawodnić organizm,
3. Unikaj spożywania alkoholu i kofeiny bezpośrednio przed masażem,
4. Przyjdź w luźnym ubraniu oraz ściągnij biżuterię i zegarek ,
5. Bezpośrednio przed masażem nie wykonuj depilacji,
6. Po zabiegach medycyny estetycznej stosuj się do zaleceń specjalisty . Wstrzymaj masaż twarzy na :
-2-4 mies przy wypełniaczach, zabiegach tj HIFU, Ulthera
-6-12 msc przy użyciu nici liftingujących,
-1 msc przy użyciu botoksu, mezoterapii igłowej, peeling chemiczny
-4-6 msc przy przeszczepie tłuszczu

PO

1. Pij dużo wody – Masaż pobudza krążenie i może wspomóc proces usuwania toksyn,
2. Unikaj intensywnego wysiłku fizycznego , odprężone ciało jest skłonniejsze do kontuzji,
3. Nie korzystaj z sauny i gorących kąpielí te samego dnia – ciepło może nasilić rozszerzenie naczyń krwionośnych i spowodować zawroty głów,
4. Pozwól sobie na odpoczynek – jeśli to możliwe, zaplanuj czas wolny aby wydłużyć pozytywne efekty masażu.
5. Unikaj alkoholu i kofeiny przez kilka godzin – mogą odwodnić organizm i osłabić efekt regeneracji.
6. Słuchaj swojego ciała – lekka tkliwość po masażu jest normalna, ale jeśli pojawi się silny ból lub inne niepokojące objawy, skonsultuj się z masażystą.
7. Wspieraj efekty masażu odpowiednią pielęgnacją – możesz używać naturalnych balsamów lub olejków, aby utrzymać nawilżenie skóry.

ZGODA NA UDZIELENIE MASAŻU

1. Oświadczam że zapoznałem/am się z regulaminem korzystania z usług masażu oferowanego przez Botanika masaż oraz , że zrozumiałem/am wyżej wymienione pytania, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Wyrażam świadomą zgodę na na odbycie zabiegu masażu i jednocześnie potwierdzam , że nie zataiłem/am stanu mojego zdrowia który mógłby wykluczyć mnie z korzystania z usług Botanika masaż.
2. Zobowiązuję się zgłosić Masażystce każdą zmianę mojego stanu zdrowia wynikłą w trakcie udzielania zabiegów.

Data i czytelny podpis klienta

Podstawa prawna: 'Art. 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.)

KLAUZULA RODO – zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) informujemy, że:

- Administratorem Twoich danych osobowych jest Botanika masaż z siedzibą w Goleniowie, ul Wojska Polskiego 101/-1
- Dane osobowe, które podałeś/podałaś w niniejszym formularzu, będą przetwarzane w celu przeprowadzenia wywiadu zdrowotnego, udzielenia masażu , kontaktu w związku z zabiegiem oraz do celów marketingowych .
- Podanie danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji usługi.
- Masz prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania, a w określonych przypadkach – usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- Masz również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz do przenoszenia danych.
- W każdej chwili możesz wycofać zgodę na przetwarzanie danych, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z powyższymi informacjami:

☐ Tak, wyrażam zgodę

Data i czytelny podpis klienta

BOTANIKA

by Paulina Gromotka