הצהרת בריאות למטופלים חדשים

מילוי הטופס מאפשר לי להתאים את הטיפול בצורה בטוחה ומדויקת. המידע נשאר חסוי ומשמש לצורכי הטיפול בלבד.

פרטי מטופל

שם מלא

מספר טלפון

דוא"ל

גיל

תאריך מילוי הטופס

מצב בריאותי

אנא סמנו כל דבר שרלוונטי עבורכם:

- ☐ מחלות לב / לחץ דם
- ☐ בעיות נשימה / אסתמה
- ☐ בעיות במפרקים / דלקת מפרקים
- ☐ אוסטאופורוזיס
- ☐ הריון
- ☐ סוכרת
- ☐ מחלות אוטואימוניות
- ☐ בעיות גב / פריצת דיסק / בלט
- ☐ בעיות עצביות / הקרנות
- ☐ מחלות עור מדבקות

ניתוחים קודמים / פציעות משמעותיות:

אם רלוונטי – ציינו באיזה אזור בגוף ומתי התרחש.

תרופות קבועות:

שם התרופה, מינון ותדירות (אם רלוונטי).

הצהרת בריאות למטופלים חדשים

מידע נוסף לקראת הטיפול

מגבלות תנועה / אזורים רגישים:

האם יש אזורים שכואבים במיוחד, או מקומות שאינך מעוניין/ת שיטופלו?

אלרגיות רלוונטיות (למשל לשמנים, משחות, לטקס או תרופות):

אם רלוונטי – ציינו כאן

מצבים רפואיים נוספים שחשוב שאדע לפני הטיפול:

אם יש מידע נוסף שחשוב לדעת – אנא ציינו כאן.

הצהרה

אני מצהיר/ה כי המידע שמסרתי הוא נכון ומלא לפי מיטב ידיעתי. אני מבין/ה כי הטיפול בעיסוי אינו מחליף בדיקה או טיפול רפואי ואינו מיועד לאבחן מחלות. אני מתחייב/ת לעדכן את דני בכל שינוי במצבי הבריאותי.

☐ אני מאשר/ת את ההצהרה לעיל (חובה).

תאריך:

חתימה: