

MASSAAŽIKLIENDI KÜSITLUSLEHT

Naine/Mees _____

Vanus _____

Amet _____

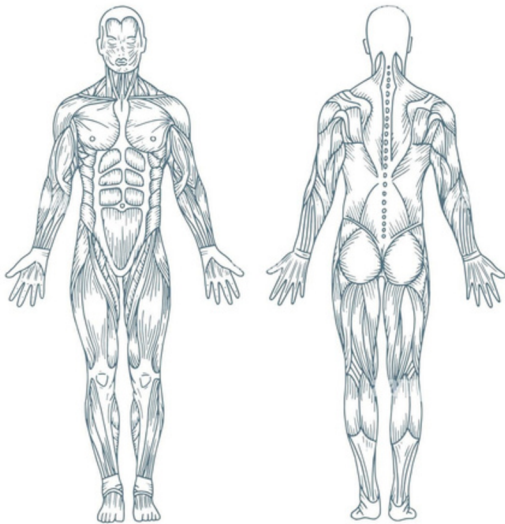
Soov või probleem massööri poole pöördumiseks? _____

Kas Teil esineb kroonilisi haigusi (diabeet, kasvaja, kilpnäärmehaigused, südame-veresoonkonna haigused, kopsuhaigused, nahahaigused, närvahaigused, peavalud, kõrge / madal vererõhk, luu- või liigesehaigused, osteoporoos, reumatoidartriit vms)?

Kas Teil on _____

- ☐ Olnud operatsioone viimase aasta jooksul? Millal ja millised? _____
- ☐ Kasvaja või muu haiguse tagajärjel eemaldatud lümfisõlmed? Milline piirkond? _____
- ☐ Suured sünnimärgid? _____
- ☐ Värsked traumad, haavad? _____
- ☐ Elundipuudulikkus? _____
- ☐ Rasedus? Mitmes nädal? _____
- ☐ Veenilaiendid, veenipõletikud? Kus? _____
- ☐ Probleeme selja-, kaela- või õlapiirkonnas? Millised? _____
- ☐ Allergiat? Mille suhtes? _____
- ☐ Stress? Palun hinnake 5-palli süsteemis (madal 1 2 3 4 5 kõrge). _____
- ☐ Probleeme unega? _____

Kas Te olete tarvitanud ravimeid viimase 24h jooksul? Milliseid? _____



Liikumisharjumused, eluviis

- ☐ Passiivne (ei tegele liikumisega piisavalt)
- ☐ Aktiivne (tegelen spordiga, liigun palju)

Palun märkige piirkonnad, kus tunnete valu ja/või ebamugavustunnet.

Massaaži vastunäidustused: kasvaja (või kahtlus), põletikulised haigused (palavik), mädased haavad, äge elundipuudulikkus, nakkushaigus, osad nahahaigused (kontaktdermatiit, nahaseen), värske trauma (lokaalselt vastunäidustatud), tromboos, veenipõletik (jalgade massaaž) raseduse katkemise oht, joobeseisund.

Massaažijärgsed reaktsioonid: uimasus, külma- või kuumahood, kerge peavalu, lihaskrampid, ninakinnisus, emotsionaalsed puhangud.

- ☐ Kinnitan, et minu poolt antud teave minu tervisliku seisundi kohta on tõene.
- ☐ Kinnitan, et olen teadlik ja tutvunud valitud massaaži näidustuste ja vastunäidustustega ning pärast massaaži tekkida võivate enesetunde muutustega.

Allkiri _____

Kuupäev _____