**Scheda di assunzione alla riflessologia**



**Informazioni personali**

Nome e Cognome

Indirizzo

Telefono

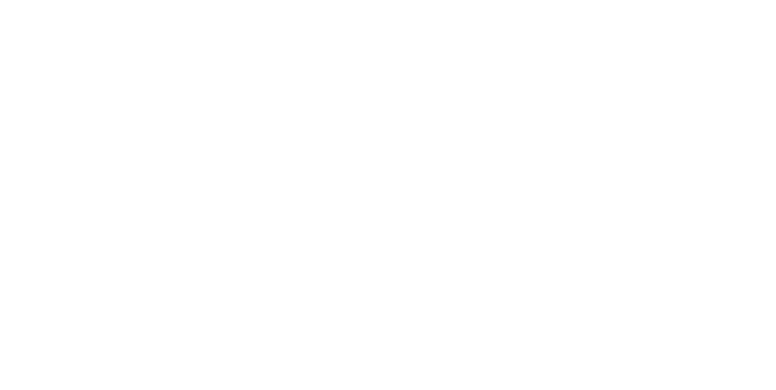
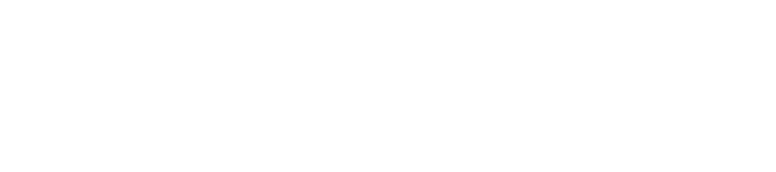
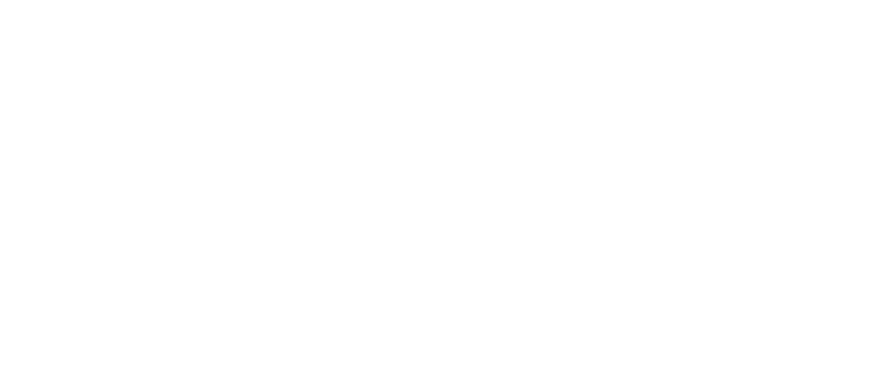
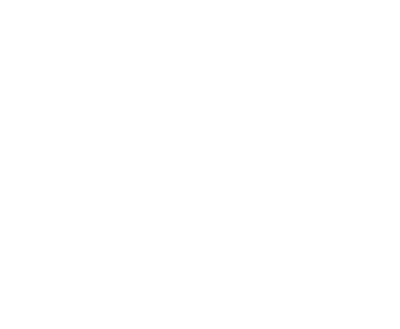
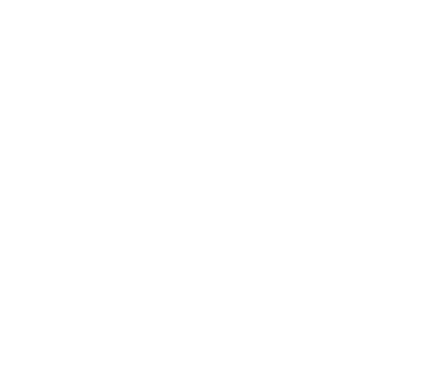
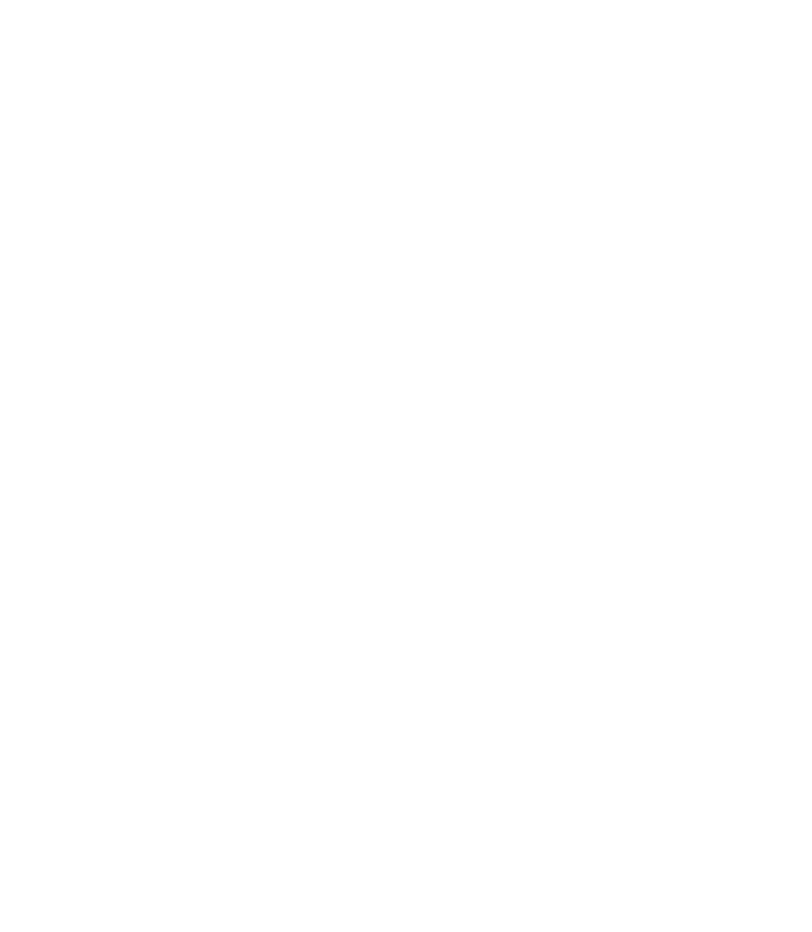
Citta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Occupazione

Email

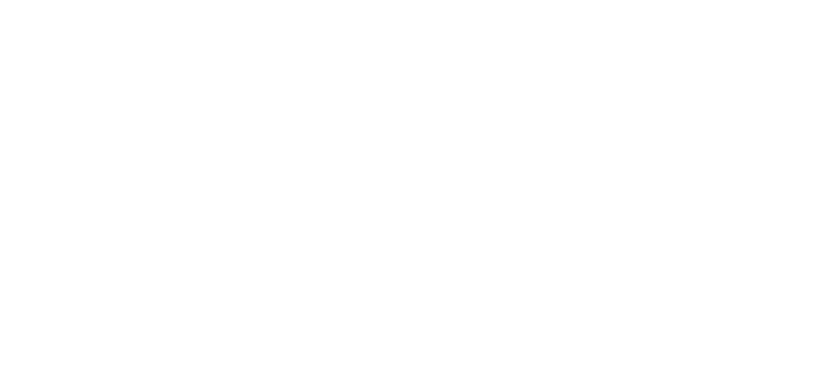
Nome e numero di eventuale contatto di emergenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Come ha saputo di noi?



**Informazioni mediche Informazioni sul trattamento**

Prende farmaci? ☐ si ☐ no



Ha mai ricevuto una riflessologia prima? ☐ yes ☐ no

Perché vuole fare la riflessologia?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Quali sono i suoi obbiettivi per questa riflessologia?  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cerchia le zone di disagio:

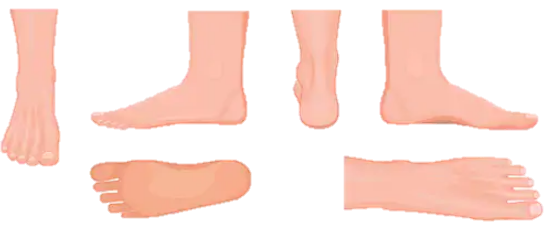
Se è si, si prega di elencare il nome è l’uso: \_ \_\_ \_\_ \_\_

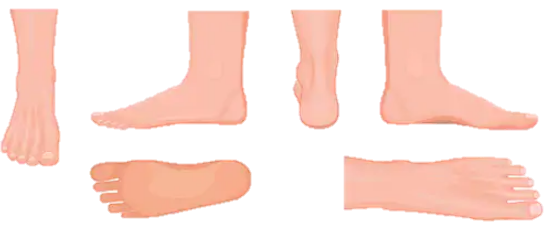
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E’ in stato di gravidanza? ☐ si ☐ no

Se è si, da quanto tempo? \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali fattori di rischio? \_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Soffre di allergie o sensibilità? ☐ si ☐ no Chiarisca \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_





Ha avuto lesioni recenti ☐ si ☐ no

Se è si, quali?: \_\_ \_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_

E’ affetto da uno dei seguenti disturbi?.

* Cancro
* Mal di testa / Emicrania
* Artrite
* Diabente
* Sostituzione/i articola/e
* Press. sanguigna alta
* Press. sanguigna bassa
* Fibromialgia
* Neuropatia
* Attacco di cuore
* Disfunzione renale
* Coauguli di sangue
* Intorpidimento
* Distorsioni o stiramenti

Spieghi la condizione contrassegnata:

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Valutare quanto segue da 1 (male) a 5 (eccellente)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualità del sonno | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Livelli di energia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Livelli di stress | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Qualità della nutrizione | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Abitudini di esercizio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

*Firmando di seguito accetti quanto segue:*

*Ho compilato questo modulo al meglio delle mie capacità e conoscenze e accetto di informare il mio riflessologo se una qualsiasi delle informazioni sopra dovesse cambiare.*

*Firma del cliente \_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ \_\_\_*

*Firma del riflessologo \_\_\_ \_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*