|  |  |
| --- | --- |
| **SCHEDA DI ASSUNZIONE AL MASSAGGIO** | **SEGNALARE EVENTUALI CONDIZONI** |
| **INFORMAZIONI PERSONALI**Nome e Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Citta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Occupazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome e numero di eventuale contatto di emergenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Come ha Saputo di noi?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PREFERENZE MASSAGGI**Hai già fatto un massaggio professionale?: SI - NoSe sì, che tipo di massaggio hai fatto?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Frequenza dei massaggi?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Quali sono i suoi obiettivi nel ricevere il massaggio?: –––––––––––––––––––––––––––––– Ci sono delle aree del corpo che non vuole essere massaggiato?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**SALUTE ATTUALE**Motivo della prima visita al centro: –––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––– Si allena regolarmente e/o pratichi qualche sport?: SI – NoSe sì, di che tipo?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Esegue qualche movimento ripetitivo nel lavoro / sport / hobby?: SI – NoSe sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E’ seduto per lunghe ore alla postazione di lavoro / computer / guida?: SI – NoSe sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sente tensioni, rigidità, disagio o dolore?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Se sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ha avuto di recente un infortunio, un intervento chirurgico o aree infiammate?: SI – NoSe sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hai qualche allergia a oli, lozioni o fragranze? SI – NoSe sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Elencare eventuali farmaci assunti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Elencare eventuali allergie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **MUSCOLOSCHELETRICO**

|  |  |
| --- | --- |
|  Malattia ossea o articolare |  Tendinite / Borsite |
|  Artrite / gotta |  Dolore alla mandibola |  Lupus |
|  Problemi spinali |  Emicrania / mal di testa |  Osteoporosi |

**CIRCOLATORI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Condizione del cuore |  Flebite /vene varicose |  Trombosi / Embolia |
|  Coaguli di sangue |  Pressione sanguigna alta / bassa |  Linfoedema |

**RESPIRATORIO**

|  |
| --- |
|  Difficoltà di respirazione/asma  |
|  Enfisema |  Problemi del seno nasale |

**RIPRODUTTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
|  Incinta, settimana \_\_\_\_\_\_ |  Problemi alla prostata |
|  Problemi ovarici/mestruali |

**PELLE**

|  |  |
| --- | --- |
|  Chirurgia plastica |  Eruzioni cutanee |
|  Piede dell'atleta |  Herpes / herpes labiale |

**DIGESTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
|  Sindrome dell'intestino irritabile |  Malattia della vescica / reni |
|  Colite |  Morbo di Crohn |  Ulcere |

**TESTA/COLLO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Mal di testa / emicrania |  Vertigini |  Problemi di vista |
|  Suono nelle orecchie |  Perdita dell'udito |

**PSICOLOGICO**

|  |  |
| --- | --- |
|  Ansia/Stress / PTSD |  Depressione |

**ALTRO**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cancro / tumori |  Diabete |
|  Apparecchi acustici |

|  |
| --- |
| Qualsiasi altra condizione medica non elencata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Se sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |

**ACCORDO CLIENTE**

Ho scelto di ricevere il massaggio. Sono consapevole dei benefici e dei rischi del massaggio e do il mio consenso per il massaggio. Comprendo che non esiste alcuna garanzia implicita o dichiarata di successo e di efficacia delle singole tecniche o serie di appuntamenti. Riconosco che il massaggio non sostituisce cure mediche, esami medici o diagnosi. Ho dichiarato tutte le condizioni mediche di cui sono a conoscenza e informerò il mio medico di qualsiasi cambiamento del mio stato di salute. Comprendo che (inserire nome e cognome o nome azienda) ha fornito questo modulo come riferimento e non è responsabile per alcun servizio fornito.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ACCORDO COVID-19**

Acconsento consapevolmente e volentieri al massaggio durante la pandemia di COVID-19. Capisco che il virus COVID-19 può avere un lungo periodo di incubazione, durante il quale i portatori del virus potrebbero non mostrare sintomi e possono comunque essere contagiosi.

Confermo di non presentare nessuno dei seguenti sintomi di COVID-19 elencati di seguito:

|  |  |
| --- | --- |
| * Temperatura della febbre superiore a 99,6°F gradi.
 | * Brividi con o senza dolori muscolari.
 |
| * Poco fiato.
 | * Perdita del senso del gusto o dell'olfatto.
 |
| * Piaghe inspiegabili sulla pianta dei piedi.
 | * Affaticamento insolito.
 |
| * Tosse.
 | * Gola infiammata.
 |

Confermo di non essere stato in stretto contatto con nessuno che manifestasse i suddetti sintomi COVID-19 negli ultimi 14 giorni. Confermo inoltre che attualmente non vivo con nessuno che sia malato o in quarantena. Per prevenire la diffusione di virus e per aiutarci a proteggerci a vicenda, capisco che dovrò seguire le linee guida del massaggiatore

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_