|  |  |
| --- | --- |
| **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 - No  Se 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 – No  Se sì, di che tipo?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esegue qualche movimento ripetitivo nel lavoro / sport / hobby?: SI – No  Se sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E’ seduto per lunghe ore alla postazione di lavoro / computer / guida?: SI – No  Se sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sente tensioni, rigidità, disagio o dolore?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ha avuto di recente un infortunio, un intervento chirurgico o aree infiammate?: SI – No  Se sì, descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hai qualche allergia a oli, lozioni o fragranze? SI – No  Se 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_