EVIDENČNÍ KARTA KLIENTA + INFORMOVANÝ SOUHLAS

Masér: Štěpán Široký

IČO: 21363757

Rozsíčka 52, 679 74 Rozsíčka, okres Blansko

(neplátce DPH)

Tel.: +420 777 981 237

E-mail: info@masazenamiru.eu

A) Údaje o klientovi

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Telefon:

E-mail:

Povaha zaměstnání (dobrovolné):

Sportovní aktivita (ano/ne, jaká):

Kontakt na blízkou osobu pro případ nouze:

Jméno a příjmení:

Telefon:

B) Zdravotní dotazník

Údaje jsou důležité pro bezpečné poskytnutí masáže. Klient odpovídá za jejich pravdivost.

Prosím, označte nebo doplňte informace, které pomohou přizpůsobit masáž vašemu aktuálnímu stavu.

Údaje jsou důvěrné a slouží výhradně pro bezpečné provedení masáže.

1. Aktuální zdravotní stav

Máte nyní nebo v posledních 14 dnech:

☐ horečku

☐ infekční onemocnění

☐ virové či bakteriální onemocnění

☐ záněty (včetně kožních)

☐ alergie (uveďte):

☐ chronické onemocnění (uveďte):

☐ vysoký nebo nízký krevní tlak

☐ cukrovku

☐ nemoc štítné žlázy

☐ srdeční chorobu

☐ poruchy srážlivosti krve

☐ užívání léků na ředění krve

☐ problémy s páteří / ploténkami

☐ autoimunitní onemocnění

☐ psychické onemocnění / panické ataky

☐ jiný zdravotní problém (uveďte):

2. Úrazy a operace

Prodělal(a) jste v posledních 12 měsících:

☐ úraz (jaký):

☐ operaci (jakou):

☐ rehabilitace (jaké?):

3. Kontraindikace

Momentálně máte:

☐ čerstvé poranění

☐ otevřené rány

☐ popáleniny / kožní problémy

☐ otoky nejasného původu

☐ zvětšené uzliny

☐ podezření na trombózu

☐ těhotenství (týden):

☐ onemocnění dutiny břišní

☐ novotvary (benigní/maligní):

4. Užívání návykových látek (zásadní pro BOZP a bezpečnost)

„Užil(a) jste v posledních 48 hodinách alkohol, omamné nebo psychotropní látky?

Pokud ano, prosím uveďte typ a čas užití.“

Odpověď:

5. Léky a doplňky stravy

Užíváte pravidelně nějaké léky?

☐ ANO (jaké?):

☐ NE

Jste po užití analgetik / prášků proti bolesti v posledních 12 hodinách?

☐ ANO

☐ NE

6. Alergie / Citlivost kůže

☐ alergie na masážní oleje

☐ alergie na dezinfekci

☐ citlivost k doteku

☐ citlivost na teplo / chlad

C) INFORMACE O PŘEDCHOZÍ MASÁŽÍCH

Datum poslední masáže:

Druh masáže, která Vám dělá dobře:

Špatná zkušenost s masáží v minulosti?

☐ ANO (jaká?):

☐ NE

D) OSOBNÍ PREFERENČNÍ DOTAZNÍK

7. Předpokládaná oblast bolesti

☐ krční páteř

☐ bedra

☐ ramena

☐ mezilopatkové svaly

☐ hýždě

☐ dolní končetiny

☐ horní končetiny

☐ celková únava

☐ stres

8. Tlak při masáži

☐ lehký

☐ střední

☐ silný

☐ velmi silný (deep tissue)

9. Komunikace během masáže

☐ ano, chci průběžně komunikovat

☐ preferuji klid

☐ ozvu se, když bude něco nepříjemné

E) POTVRZENÍ O SEZNÁMENÍ S KONTRAINDIKACEMI

Potvrzuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s Kontraindikacemi masáže, které jsou vyvěšené v prostorách masérny a dostupné na vyžádání.

Rozumím tomu, že při výskytu některé z kontraindikací:

- nelze masáž provést, nebo
- je nutné masáž upravit, nebo
- je nutné masáž odložit.

Prohlašuji, že:

- jsem masérovi uvedl(a) pravdivé informace o svém zdravotním stavu,
- nezamlčel(a) jsem žádnou diagnózu, užívání léků ani užití alkoholu/drog,
- beru na vědomí svou odpovědnost za nesprávně uvedené údaje.

Podpis klienta potvrzuje, že je o kontraindikacích informován a souhlasí s provedením masáže.

F) INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTA

Já, níže podepsaný(á), potvrzuji, že:

1. Rozumím tomu, že masérské služby nejsou zdravotnický úkon.

Masér neprovádí diagnózu, neléčí, nenahrazuje lékaře ani fyzioterapeuta.

2. Všechny uvedené informace jsou pravdivé.

Odpovídám za neúplné či nepravdivé údaje a beru na vědomí, že mohou ovlivnit průběh a výsledek masáže.

3. Byl(a) jsem informován(a) o:

- kontraindikacích masáže,
- možných reakcích po masáži (únava, svalová citlivost),
- tom, že masér může službu ukončit při nevhodném chování nebo zdravotním riziku,
- tom, že masáž nelze poskytnout pod vlivem alkoholu/drog,
- povinnosti nahlásit všechny změny zdravotního stavu.

4. Seznámil(a) jsem se s následujícími dokumenty maséra:

☐ Storno podmínky

☐ Reklamační řád

☐ Etický kodex maséra

☐ BOZP – bezpečnost práce

☐ Seznam hygienických prostředků a postupů

☐ Postup při úrazu / náhlé nevolnosti

Rozumím tomu, že tyto dokumenty chrání mě i maséra.

5. Uděluji souhlas s provedením masáže

v rozsahu, který bude přizpůsoben mému aktuálnímu zdravotnímu stavu.

G) SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ (GDPR)

Souhlasím se zpracováním mých osobních a zdravotních údajů výhradně pro účely:

- bezpečného provedení masáže,
- vedení evidenční karty,
- případné reklamace,
- vedení termínů a administrace služeb.

Údaje nebudou poskytnuty třetím osobám.

Souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

I) Typ provedené masáže

Datum	Typ masáže	Délka	Použité techniky	Cena za masáž	Podpis maséra

J) PODPISY

Klient:

Jméno: _____

Podpis: _____

Datum: _____

Masér:

Štěpán Široký

IČO: 21363757

Podpis: _____

Datum: _____