

# ÁLLAPOTFELMÉRŐ ÉS BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Regenerációs és masszázskezelés igénybevételéhez

## **A dokumentum célja**

A kezelés biztonságos és személyre szabott megtervezésének támogatása, az esetleges ellenjavallatok feltárása, valamint a vendég tájékozott beleegyezésének rögzítése. Az állapotfelmérés nem minősül orvosi vizsgálatnak vagy diagnózisnak.

# 1. Állapotfelmérő lap

Vendég által kitöltendő adatok

## Alapadatok

Név: \_\_\_\_\_

Lakcím / számlázási cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail-cím: \_\_\_\_\_

Születési dátum: \_\_\_\_\_

Foglalkozás: \_\_\_\_\_

## Panasz és terhelés elemzése

Fennáll-e tartós vagy visszatérő fájdalom? ☐ IGEN ☐ NEM

Mikor kezdődött, és mihez köthető? \_\_\_\_\_

Hol jelentkezik a panasz? \_\_\_\_\_

Mi enyhíti? \_\_\_\_\_

Mi rontja vagy fokozza? \_\_\_\_\_

A panasz jellege: ☐ tompa ☐ éles ☐ hasító ☐ görcsös ☐ zsibbadó ☐ bizsergő ☐ lüktető ☐ sugárzó

Sugárzás iránya / egyéb jellemző: \_\_\_\_\_

☐ Mozgásra fokozódik? IGEN ☐ NEM ☐ Éjszaka fokozódik? IGEN ☐ NEM

☐ Volt korábbi sérülése vagy ortopédiai műtétje? IGEN ☐ NEM

Ha igen, mikor és milyen beavatkozás / sérülés történt? \_\_\_\_\_

☐ Áll-e jelenleg orvosi kezelés alatt? IGEN ☐ NEM

Rendszeresen szedett gyógyszerek: \_\_\_\_\_

## Egészségi állapot és ellenjavallatok

*Kérjük, jelölje meg, ha az alábbiak közül bármelyik fennáll vagy korábban előfordult.*

- |                                                                   |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> daganatos megbetegedés                   | <input type="checkbox"/> kezeletlen vagy ingadozó vérnyomás        |
| <input type="checkbox"/> szív- és érrendszeri panasz              | <input type="checkbox"/> véralvadási zavar vagy vérhígító szedése  |
| <input type="checkbox"/> mélyvénás trombózis / embólia            | <input type="checkbox"/> láz vagy fertőző betegség                 |
| <input type="checkbox"/> akut gyulladás                           | <input type="checkbox"/> friss sérülés, törés, rándulás vagy ficam |
| <input type="checkbox"/> műtét utáni lábadozás                    | <input type="checkbox"/> előrehaladott csonttritkulás              |
| <input type="checkbox"/> ízületi gyulladás vagy duzzanat          | <input type="checkbox"/> visszér vagy felületes vénagyulladás      |
| <input type="checkbox"/> bőrfertőzés, bőrgyulladás vagy nyílt seb | <input type="checkbox"/> érzékszavar vagy zsibbadás                |
| <input type="checkbox"/> terhesség                                | <input type="checkbox"/> epilepszia                                |
| <input type="checkbox"/> cukorbetegség                            | <input type="checkbox"/> egyéb lényeges állapot                    |

**Kiegészítés / orvosi javaslat / egyéb fontos információ:** \_\_\_\_\_

### Fontos

Akut, fertőző, lázas, trombózisgyanús vagy friss traumás állapotban kezelés nem végezhető.  
Bizonytalan esetben a kezelés megkezdése előtt orvosi vélemény kérhető.

### Életmód és terhelés

Jellemző tényezők: ☐ ülőmunka ☐ fizikai munka ☐ sportterhelés ☐ kevés mozgás ☐ stressz ☐ kevés folyadék ☐ dohányzás

**Rendszeres sport / mozgás típusa és gyakorisága:** \_\_\_\_\_

**Alvás, regeneráció, aktuális terhelés röviden:** \_\_\_\_\_

## Kezelési preferenciák

☐ Volt már masszáz- vagy regenerációs kezelésen? IGEN ☐ NEM

Kívánt kezelés jellege: ☐ relaxációs ☐ közepes intenzitású ☐ sport / mélyebb ☐ célzott ☐ egyéb

Kedvelt intenzitás: ☐ gyengéd ☐ közepes ☐ erőteljes

☐ Van ismert allergiája vagy érzékenysége? IGEN ☐ NEM

**Ha igen, mire?** \_\_\_\_\_

Előnyben részesített vivőanyag: ☐ krém ☐ olaj ☐ mindegy ☐ saját termék

**Nem kezelhető / kerülendő testterület:** \_\_\_\_\_

**A kezeléssel elérni kívánt cél:** \_\_\_\_\_

**Jelölje meg az ábrán a panasz vagy fokozott érzékenység helyét:**



## Szakember által kitöltendő állapotfelmérés

*A megfigyelések nem minősülnek orvosi diagnózisnak.*

### Megtekintés és funkcionális megfigyelés

Funkciózavar / korlátozott vagy kellemetlen mozgás: \_\_\_\_\_

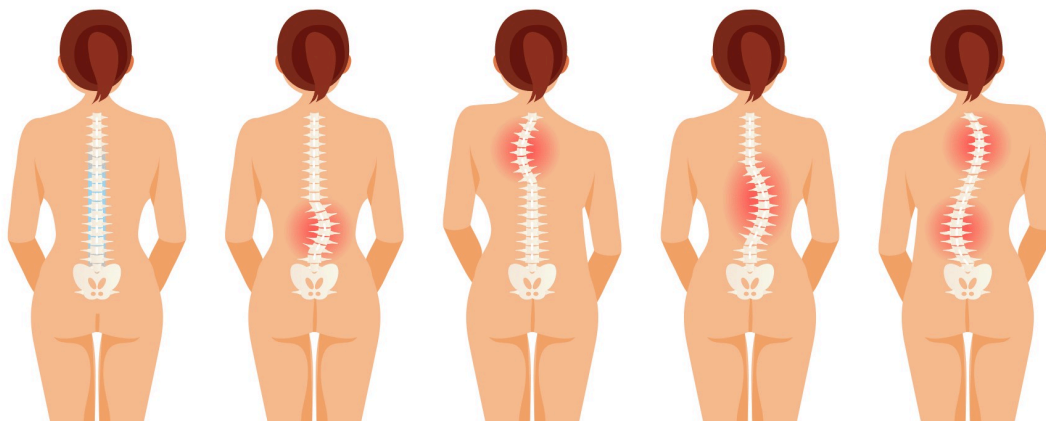
Testtartás és testarányok: \_\_\_\_\_

Vállöv és medence helyzete: \_\_\_\_\_

Gerinc fiziológiás görbületeinek megfigyelése: \_\_\_\_\_

Bőr állapota, hőmérséklet- vagy színeltérés: \_\_\_\_\_

Gerincferdülésre utaló megfigyelés / vendég által ismert scoliosis:



### Tapintásos felmérés

Izomfeszülés helye: \_\_\_\_\_

Megítélt oldhatóság: ☐ könnyen ☐ közepesen ☐ nehezen

Csomók, trigger pontok, letapadások: \_\_\_\_\_

Érzékeny vagy kerülendő területek: \_\_\_\_\_

## 2. Beleegyező nyilatkozat

### Regenerációs és masszázskelés igénybevételéhez

Alulírott kijelentem, hogy az alábbi tájékoztatást megértettem, kérdéseimet feltehettem, és a kezelést önként veszem igénybe.

### A szolgáltatás jellege

Tudomásul veszem, hogy a Tóth Anikó által végzett regenerációs és masszázskelés közérzetjavító, regenerációt támogató szolgáltatás. Nem minősül orvosi ellátásnak, gyógykezelésnek, fizioterápiának vagy diagnosztikai vizsgálatnak, és nem helyettesíti az orvosi kivizsgálást. A kezelés eredménye egyénenként eltérő.

### Tájékoztatási kötelezettség és biztonság

Kijelentem, hogy a közölt adataim valósak és teljesek. A kezelés biztonságát érintő betegséget, sérülést, műtet, terhességet, gyógyszeresedést, allergiát, bőrproblémát vagy állapotváltozást a kezelés előtt jelzem. A kezelés során bármikor kérhetem az intenzitás módosítását, testterület kihagyását vagy a kezelés megszakítását; szokatlan panaszt azonnal jelzek.

Kerülendő terület / technika: \_\_\_\_\_

### Lehetséges átmeneti reakciók

A kezelés után átmenetileg előfordulhat izomérzékenység, fáradtság, enyhe bőrpír vagy a kezelt terület érzékenysége. Erős, tartós vagy szokatlan panasz esetén orvosi segítséget kérek.

### Adatkezelés és hozzájárulás

Tudomásul veszem, hogy az állapotfelmérőn megadott egészségügyi adatok különleges személyes adatok. Az adatkezelő Tóth Anikó. Az adatok kezelése a kezelés biztonságos megtervezése és utánkövetése céljából történik; jogosulatlan harmadik személy részére nem kerülnek továbbításra. A papíralapú űrlap tervezett megőrzési ideje 6 hónap. Hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

☐ Kifejezetten hozzájárulok egészségi állapotomra vonatkozó különleges személyes adataim fenti célú kezeléséhez.

☐ A tájékoztatást megértettem, és a kezeléshez hozzájárulok.

**Kijelentem, hogy a dokumentum tartalmát elolvastam és megértettem, a kezelést saját döntésem alapján veszem igénybe.**

Vendég neve nyomtatott betűvel: \_\_\_\_\_

Születési dátum: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
vendég aláírása

\_\_\_\_\_  
szolgáltató aláírása

**Kiskorú vagy cselekvőképességet érintő esetben - törvényes képviselő neve / aláírása:**

\_\_\_\_\_

Megjegyzés: A nyilatkozat a jogszabály alapján ki nem zárható szolgáltatói felelősséget nem korlátozza.