Instytut Urody

Kwestionariusz osobowy do masażu podciśnieniowego

Aby móc optymalnie i indywidualnie wykonywać zabieg masażu podciśnieniowego, wymagana jest kompleksowa informacja o pacjencie, stanie jego zdrowia, a także aktywności fizycznej i nawykach żywieniowych. Dlatego prosimy, aby poświęcić czas na wypełnienie ankiety. Wszystkie informacje są traktowane jako ściśle poufne i nigdy nie będą udostępniane osobom trzecim.

Czy posiada Pan/Pani któreś z przeciwwskazań, jeśli tak to jakie?

Przeciwwskazania bezwzględne		**Przeciwwskazania względne**		**Przeciwwskazania lokalne**	
Nowotwór		Zaburzenia hormonalne		Botoks	
Choroby nerek		Zaburzenia metaboliczne		Wypełniacze	
Choroby wątroby		Zaburzenia tarczycy		Wystające znamiona barwnikowe	
Choroby serca		Zaburzenia krzepnięcia krwi		Tłuszczaki	
Nadciśnienie		Cukrzyca		Przepuklina	
Tętniaki		Menstruacja		Przeczulica	
Żylaki		Karmienie piersią		Opryszczka	
Miażdżyca				Trądzik	
Stany zapalny					

Informacje dodatkowe

Czy posiada Pani/Pan jakieś implanty? Jeżeli tak, to jakie?	Tak	Nie
Czy w przeciągu ostatniego miesiąca były wykonywane zabiegi z zakresu medycyny estetycznej? Jeśli tak, to jakie?	Tak	Nie
Czy były wykonywane jakiekolwiek operacje chirugiczne? Jeżeli tak, to jakie?	Tak	Nie
Czy ma Pani/Pan tendencję do bliznowców, keloidów?	Tak	Nie
Czy ma Pani/Pan skłonność do opryszczki?	Tak	Nie

Jakie leki obecnie Pan/Pani przyjmuje? Proszę zaznaczyć odpowiednią grupę leków.	Żadne	
	Antybiotyki	
	Leki psychotropowe	
	Leki na nadciśnienie	
	Diuretyki	
	Hormony	
	Środki przeciwbólowe	
	Leki przeciwzakrzepowe	
	Leki na cukrzycę	
	Kortyzon	
Czy przyjmuje Pan/Pani inne leki? Jeśli tak to jakie?		

Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie
Czy planuje Pani ciążę?	Tak	Nie
Czy obecnie karmi Pani piersią?	Tak	Nie
Czy stosuje Pani antykoncepcję hormonalną?	Tak	Nie
W którym dniu cyklu aktualnie się Pani znajduje? Czy stosuje Pan/Pani dietę? Jak często wykonuje Pan/Pani ćwiczenia fizyczne? Czy wykonywał/a Pan/Pani zabiegi modelujące? Jeżeli tak to jakie		

Zapewniam, że powyższe informacje są prawdziwe i kompletne. Zdaję sobie sprawę z mojego

obowiązku do informowania mojego terapeuty o wszelkich zmianach mojego stanu zdrowia, ponieważ ma to zasadnicze znaczenie dla prawidłowego przebiegu zabiegów.
Miejscowość i data:

Terapeuta: **Pacjent:**