

ÁLLAPOTFELMÉRŐ ÍV

Masszázs kezelésekhez



Alapadatok

Név: _____

Cím (számlázáshoz): _____

Telefonszám: _____ E-mail cím: _____

Panasz elemzése:

Krónikus fájdalomban szenved? IGEN / NEM

Mikor kezdődött a fájdalom? _____

Tud-e kiváltó tényezőt? _____

Ön szerint mi okozza a fájdalmat: (betegségek) _____

Mi enyhíti a fájdalmat? _____

Mi rontja, növeli a fájdalmat? _____

Milyen a fájdalom intenzitása: tompa / éles / hasító-éles / görcsölő / zsibbadó / bizsergő / nyomó / lüktető / sugárzó – hová: _____

Mozgásra fokozódik? IGEN / NEM

Éjszaka fokozódik? IGEN / NEM

Volt ortopédiai műtétje? IGEN / NEM

Ha igen írja le mi/k? _____

Általános ellenjavallatok:

Daganat | Kezeletlen vérnyomásprobléma | Előrehaladott csonttritkulás | Rándulás, ficam (6 héten belül) | Izom- és szalagszakadás (8 héten belül) | Akut gyulladás | Fertőző betegségek | Lázas állapot | Friss trauma (pl.: törés), műtétek utáni lábadozási időszak | Nem kezelt szívpanaszok | Fekély | Mélyvénás trombózis | Vérzékenységgel járó betegségek | Terhesség 1. és 3. trimesztere | Visszeresség, felületes vénák gyulladása az adott régióban | bőrfertőzés, bőrgyulladás | ízületi gyulladás, duzzanat a régióban

Jellemző Önre valamelyik?

Fejfájás/Migrén | Zsibbadás | Ízületi problémák | Ülőmunka | Fizikai munka | Mozgásszegény életmód | Egészségtelen életmód (pl.: dohányzás) | Kevés folyadékfogyasztás | Visszér | Arthritis | Fibromyalgia |

Masszázs Információk:

Volt már masszázst kezelésen? IGEN / NEM

Milyen típusú masszázst szeretne? Relaxációs / Terápiás / Mély szöveti

Egyéb: _____

Milyen erősséget kedvel: Gyengéd / Közepes / Erős

Van bármilyen allergiája érzékenysége? IGEN / NEM

Ha igen, mire? _____

Milyen vivőanyagot részesít előnyben? Krém / Olaj / Mindegy

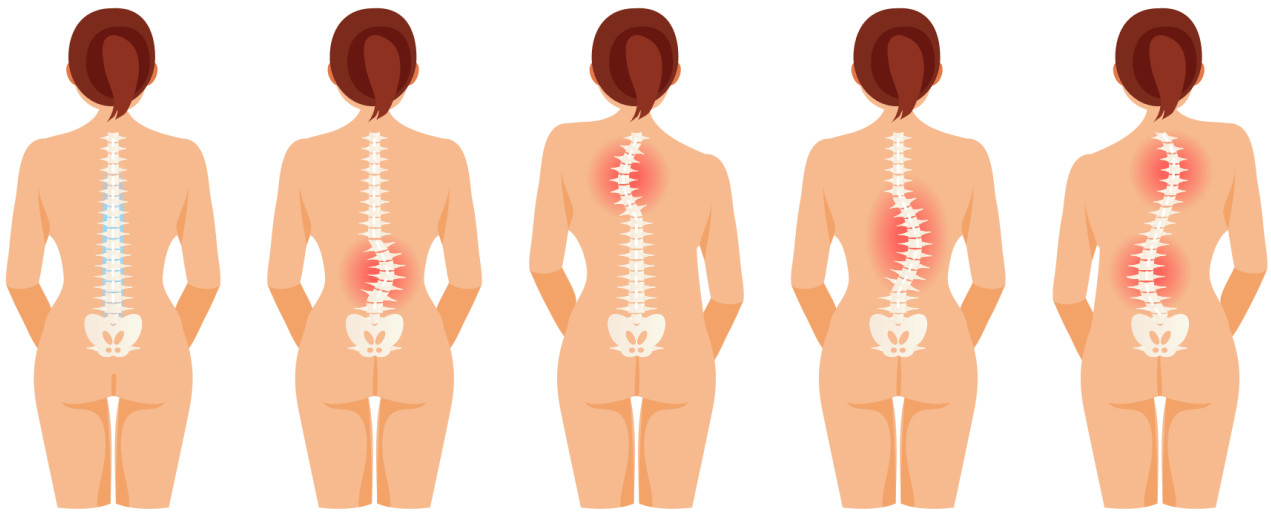
Van bármilyen terület, amit nem akar, hogy kezeljünk? Ha igen írja le: _____

Mit szeretne elérni ezzel a kezeléssel? _____

Jelölje meg, hol érzi legintenzívebben a fájdalmat:



Van-e scoliosisa (gerincferdülése)?



Masszőr megjegyzései:

Tünetek feltételezett oka: Stressz / Fizikai megterhelés / Gyulladás / Kopás

Megtekintés:

Funkció zavar: (Valamely mozgás zavart szenved-e?) _____

Testtartás – izomfeszülések:

- testarányok:
- kontúrok (izmok, csontok, ízületek):
- gerinc fiziológiás görbületei: elváltozás nyaki / háti / ágyéki / keresztcsonti szakaszon
- medence és a vállak helyzete:
- bőr állapota: vértelenség / vérbőség / pigmentáltság / faggyútermelés / szárazság / hegek / hőmérséklet különbség

Tapintásos felmérés:

Izomfeszülés helye: _____

Megítélt oldhatósági szint: könnyen / közepesen / nehezen oldható

Csomók, triggererek, letapadások: _____

Csigolyák helyzete: megtartott / kitérés érzékelhető

Javasolt kezelési terv:

Alkalmak száma: _____ Rendszeresség: _____

Elsődlegesen kezelt területek: _____

Alkalmazandó masszázs technikák: _____

Alkalmazható eszközök: _____

Adatkezelési tájékoztató:

Adatait és az Ön által megadott eü. információkat csak én kezelem.

A kezelésről számla kerül kiállításra.

Úrlap őrzési ideje: 6 hónap.

Új panasz esetén, új úrlap kerül kiállításra.

Megsemmisítés módja: Írat megsemmisítő gép

Dátum: _____. _____. _____. Kezelt aláírása: _____

Kezelések eredménye:

1. Kezelés eredménye:

Vendég általános közérzete: _____

Történt-e változás az állapotában? Fájdalom mérséklődött, mozgástartomány nőtt, stb.?

2. Kezelés eredménye:

Vendég általános közérzete: _____

Történt-e változás az állapotában? Fájdalom mérséklődött, mozgástartomány nőtt, stb.?

3. Kezelés eredménye:

Vendég általános közérzete: _____

Történt-e változás az állapotában? Fájdalom mérséklődött, mozgástartomány nőtt, stb.?

4. Kezelés eredménye:

Vendég általános közérzete: _____

Történt-e változás az állapotában? Fájdalom mérséklődött, mozgástartomány nőtt, stb.?

5. Kezelés eredménye:

Vendég általános közérzete: _____

Történt-e változás az állapotában? Fájdalom mérséklődött, mozgástartomány nőtt, stb.?

Kezeléssorozat eredménye:
