

## **POUCZENIE DOTYCZĄCE SAMOPOCZUCIA I BEZPIECZEŃSTWA**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z przeciwwskazaniami do wykonania zabiegu. Nie występują u mnie żadne przeciwwskazania do wykonania zabiegu masażu. Poinformowano mnie o przebiegu zabiegu oraz o ewentualnych reakcjach. Znam dane personalne i kwalifikacje osoby wykonującej zabieg. Udzielam odpowiedzi na temat swojego zdrowia zgodnie z prawdą, rozumiejąc, że służy to odpowiedniemu wykonaniu zabiegu.

**W przypadku odczuwania dyskomfortu lub złego samopoczucia w trakcie lub po zabiegu,** niezwłocznie poinformuję o tym osobę wykonującą zabieg, także w przypadku potrzebnej pomocy przy wstawaniu, ubieraniu się.

**Pacjent ponosi pełną odpowiedzialność za skutki chorób i dolegliwości nieznanymi i zatajonymi.**

**Wyrażam zgodę na masaż okolic:** ud, powłok brzusznych oraz klatki piersiowej. Zgoda dotyczy w przypadku masażu całościowego.

### **ZGADZAM SIĘ/NIE ZGADZAM SIĘ**

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu dla potrzeb niezbędnych do potrzeb kontaktowych (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.)

MIEJSCOWOŚĆ..... DATA..... PODPIS .....