

## ÁLLAPOTFELMÉRŐ / HEALTH QUESTIONNAIRE / GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

### MAGYAR

Szolgáltató: Neomasszázs – WebDealPro Kft.

Székhely: 8000 Székesfehérvár, Sarló utca 10. 2. em. 7. ajtó

Céggjegyzékszám: 07-09-035834

Adószám: 32583786-2-07

Vendég adatai

Név: \_\_\_\_\_

Születési dátum: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Egészségi állapot (jelöld, ha fennáll vagy korábban előfordult):

Magas vérnyomás  igen  nem

Szívbetegség  igen  nem

Visszérbetegség  igen  nem

Trombózis  igen  nem

Csontritkulás  igen  nem

Cukorbetegség  igen  nem

Epilepszia  igen  nem

Daganatos betegség  igen  nem

Bőrbetegség  igen  nem

Friss műtét vagy sérülés  igen  nem

Allergia (olajokra, krémekre)  igen  nem

Ha igen, kérlek részletezd:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Szedsz rendszeresen gyógyszert?  igen  nem

Ha igen, melyet: \_\_\_\_\_

Van érzékeny vagy fájdalmas terület a testeden?

\_\_\_\_\_

Terhes vagy?  igen  nem

Ha igen, hányadik hétben: \_\_\_\_\_

### **Nyilatkozat:**

Kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a masszázskézelés nem minősül orvosi kezelésnek. Eltitkolt betegség vagy valótlan adatok megadása esetén a masszőr nem vállal felelősséget.

### **A MASSZÁZS KEZELÉS ELLENJAVALLATAI**

LÁZ | FERTŐZŐ BETEGSÉG | AKUT GYULLADÁS | DAGANATOS BETEGSÉG | SZTRÓK | FRISS SÉRÜLÉS (TÖRÉS, RÁNDULÁS, FICAM, IZOM- ÉS SZALAGSZAKADÁS) | MŰTÉT UTÁNI ÁLLAPOT | AKTÍV REUMATOID ARTRITISZ | ELŐREHALADOTT CSONTRITKULÁS | PERIFÉRIÁS KERINGÉSI ZAVAROK | SZELLEMI LEÉPÜLÉSSEL ÉLŐ BETEGEK | TBC | VÉRZÉKENYSÉG | KEZELETLEN MAGAS VÉRNYOMÁS | PACEMAKER | VISSZÉR (AZ ÉRINTETT TERÜLET NEM MASSZÍROZHATÓ, MÁS TERÜLETEK KEZELHETŐK) | LEGYENGÜLT, ALKOHOL ÁLTAL BEFOLYÁSOLT ÁLLAPOT | TROMBÓZIS | TERHESSÉG ELSŐ 12 HETE VAGY VESZÉLYEZTETETT TERHESSÉG | MENSTRUÁCIÓ ESETÉN A KEZELÉS EGYÉNI ELBÍRÁLÁS ALAPJÁN TÖRTÉNIK.

Elolvastam ÉS MEGÉRTETTEM A FENTIEKET. AMENNYIBEN A FELSOROLT ELLENJAVALLATOKON KÍVÜL BÁRMILYEN OLYAN BETEGSÉGEM VAGY TÜNETEM VAN, AMELY PROBLÉMÁT OKOZHAT VAGY A KEZELÉST KIZÁRJA, ARRÓL TÁJÉKOZTATOM A MASSZÓRT ÉS KONZULTÁLOK VELE. KIJELENTEM, HOGY A FENT FELSOROLT ELLENJAVALLATOK EGYIKE SEM ÁLL FENN NÁLAM. A KEZELÉST SAJÁT FELELŐSSÉGEMRE VESZEM IGÉNYBE.

A DOKUMENTUM ALÁÍRÁSÁVAL KIJELENTEM, HOGY A KEZELÉST SAJÁT FELELŐSSÉGEMRE VESZEM  
IGÉNYBE.

### **Marketing és hírlevél hozzájárulás:**

Hozzájárulok, hogy a Neomasszázs – WebDealPro Kft. az általam megadott elérhetőségeimen elektronikus hírlevelet, akciókról, kedvezményekről, új szolgáltatásokról, egészséggel és masszázzsal kapcsolatos hírekről, valamint egyéb marketing tájékoztatásokat küldjön. Tudomásul veszem, hogy hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom.

Dátum: \_\_\_\_\_

Vendég aláírása: \_\_\_\_\_

**ENGLISH**

Service provider: Neomasszázs – WebDealPro Kft.

Company registration number: 07-09-035834

Tax number: 32583786-2-07

Name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Health condition (please indicate):

High blood pressure  yes  no

Heart disease  yes  no

Varicose veins  yes  no

Thrombosis  yes  no

Osteoporosis  yes  no

Diabetes  yes  no

Epilepsy  yes  no

Cancer  yes  no

Skin disease  yes  no

Recent surgery or injury  yes  no

Allergies (oils, creams)  yes  no

If yes, please specify:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Do you take medication regularly?  yes  no

If yes: \_\_\_\_\_

Sensitive or painful areas:

---

Are you pregnant?  yes  no

Week: \_\_\_\_\_

**Declaration:**

I confirm that the information provided above is true and accurate. Massage therapy is not a medical treatment.

**CONTRAINDICATIONS FOR MASSAGE TREATMENTS**

FEVER | INFECTIOUS DISEASE | ACUTE INFLAMMATION | CANCER | STROKE | RECENT TRAUMA (FRACTURE, SPRAIN, DISLOCATION, MUSCLE AND LIGAMENT RUPTURE) | POST-OPERATIVE CONDITION | ACTIVE PHASE OF RHEUMATOID ARTHRITIS | ADVANCED OSTEOPOROSIS | PERIPHERAL CIRCULATORY PROBLEMS | MENTALLY IMPAIRED PATIENTS | TBC | HEMOPHILIA | UNCONTROLLED HIGH BLOOD PRESSURE | PACEMAKER | VARICOSE VEINS (THE AFFECTED LIMB SHOULD NOT BE MASSAGED, BUT OTHER AREAS MAY BE) | WEAKENED, ALCOHOL-INDUCED STATE OF IRRESPONSIBILITY | THROMBOSIS | DURING THE FIRST 12 WEEKS OF PREGNANCY OR IN CASE OF A HIGH-RISK PREGNANCY | DURING MENSTRUATION, PARTICIPATION SHOULD BE DECIDED ON AN INDIVIDUAL BASIS.

I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE ABOVE. IF, IN ADDITION TO THE CONTRAINDICATIONS LISTED ABOVE, I HAVE ANY ILLNESS OR SYMPTOMS THAT ARE NOT LISTED AND COULD CAUSE PROBLEMS OR BE GROUNDS FOR EXCLUSION, I WILL INFORM THE THERAPIST AND CONSULT WITH THEM. I DECLARE THAT NONE OF THE CONTRAINDICATIONS LISTED ABOVE APPLY TO ME IN THIS CASE. I ACCEPT THE TREATMENT AT MY OWN RISK.

---

BY SIGNING THIS DOCUMENT, I DECLARE THAT I AM UNDERGOING TREATMENT AT MY OWN RISK.

Marketing consent:

I agree that Neomasszázs – WebDealPro Kft. may send newsletters, promotions, service updates and marketing information to my email address. I understand that I may unsubscribe at any time.

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

## DEUTSCH

Dienstleister: Neomasszázs – WebDealPro Kft.

Handelsregisternummer: 07-09-035834

Steuernummer: 32583786-2-07

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand:

Bluthochdruck  ja  nein

Herzerkrankung  ja  nein

Krampfadern  ja  nein

Thrombose  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Diabetes  ja  nein

Epilepsie  ja  nein

Krebserkrankung  ja  nein

Hauterkrankung  ja  nein

Frische Operation oder Verletzung  ja  nein

Allergien (Öle, Cremes)  ja  nein

Falls ja, bitte beschreiben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja: \_\_\_\_\_

Empfindliche oder schmerzende Bereiche:

---

Sind Sie schwanger?  ja  nein

Woche: \_\_\_\_\_

Erklärung:

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen korrekt sind. Die Massage stellt keine medizinische Behandlung dar.

### **GEGENANZEIGEN FÜR MASSAGEBEHANDLUNGEN**

FIEBER | INFEKTIONSKRANKHEITEN | AKUTE ENTZÜNDUNGEN | KREBSERKRANKUNGEN | SCHLAGANFALL | FRISCHE VERLETZUNGEN (BRUCH, VERSTAUCHUNG, VERRENKUNG, MUSKEL- ODER BANDRISS) | ZUSTAND NACH OPERATIONEN | AKTIVE PHASE DER RHEUMATOIDEN ARTHRITIS | FORTGESCHRITTENE OSTEOPOROSE | PERIPHERE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN | GEISTIGE BEEINTRÄCHTIGUNG | TBC | BLUTERKRANKHEITEN / HÄMOPHILIE | UNKONTROLLIERTER HOHER BLUTDRUCK | HERZSCHRITTMACHER | KRAMPFADERN (DIE BETROFFENE STELLE DARF NICHT MASSIERT WERDEN, ANDERE BEREICHE JEDOCH SCHON) | GESCHWÄCHTER ODER DURCH ALKOHOL BEEINTRÄCHTIGTER ZUSTAND | THROMBOSE | WÄHREND DER ERSTEN 12 SCHWANGERSCHAFTSWOCHEN ODER BEI RISIKOSCHWANGERSCHAFT | WÄHREND DER MENSTRUATION NUR NACH INDIVIDUELLER ABWÄGUNG.

ICH HABE DIE OBEN GENANNTEN INFORMATIONEN GELESEN UND VERSTANDEN. SOLLTE ICH ZUSÄTZLICH ZU DEN OBEN AUFGEFÜHRTE GEGENANZEIGEN AN EINER KRANKHEIT ODER BESCHWERDE LEIDEN, DIE PROBLEME VERURSACHEN ODER EINEN AUSSCHLUSS DER BEHANDLUNG BEGRÜNDEN KÖNNTE, WERDE ICH DEN MASSEUR DARÜBER INFORMIEREN UND MICH MIT IHM BERATEN. ICH ERKLÄRE, DASS KEINE DER OBEN GENANNTEN GEGENANZEIGEN AUF MICH ZUTRIFFT. ICH NEHME DIE BEHANDLUNG AUF EIGENE VERANTWORTUNG IN ANSPRUCH.

---

MIT DER UNTERSCHRIFT DIESES DOKUMENTS ERKLÄRE ICH, DASS ICH DIE BEHANDLUNG AUF EIGENE VERANTWORTUNG IN ANSPRUCH NEHME.

Marketing Zustimmung:

Ich stimme zu, dass Neomasszász – WebDealPro Kft. mir Newsletter, Aktionen und Informationen zu Dienstleistungen per E-Mail zusendet. Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_