



## הצהרת בריאות

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
מלפון בבית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_  
כתובת בבית: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_  
אי-מייל: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ יום נישואין: \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות :

בחתימתי הנני מצהיר/ה, כי האחריות להחלטה באם מצבי הגופני מתאים לטיפול חלה עלי בלבד. הנני מותר/ת על כל טענה או תביעה כלשהי נגדכם, מנהלכם ועובדכם. בגין כל נזק מכל סוג שהוא העלול להיגרם לי כתוצאה מהטיפולים הניתנים.

האם אתה סובל מהדברים הבאים (נא להשיב לגבי כל הדברים):

מחלות עור:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
מחלת לב:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
סכרת/לחץ דם:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
בעיות עמוד שדרה / פרקים / דלקות מפרקים:  כן  לא, אם כן פרט: \_\_\_\_\_  
ניתוחים/שבירים / נקעים בשנתיים אחרונות:  כן  לא, אם כן פרט \_\_\_\_\_  
שפעת/חום/דלקת כלשהי:  כן  לא, פרט: \_\_\_\_\_  
אפילפסיה:  כן  לא, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_  
האם עברת ניתוח פנימי ב-6 חודשים אחרונים:  כן  לא, במידה וכן נא פרט \_\_\_\_\_

האם אתה נוטל תרופות כרוניות:  כן  לא, אם כן פרט: \_\_\_\_\_  
האם את בהריון:  כן  לא - שבוע מספר \_\_\_\_\_  
בעיות גופניות / אחרות:  כן  לא, אם כן פרט: \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

בבקשה להתקלח לפני כל טיפול ולהקפיד על שחית נוזלים לאחר כל טיפול.

רצוי להימנע מלאכול לפחות שעה לפני הטיפול.

תודה וטיפול מהנה.

שם המטפל/ת \_\_\_\_\_ סוג הטיפול \_\_\_\_\_

בשעה \_\_\_\_\_ חדר \_\_\_\_\_ משך הטיפול \_\_\_\_\_