

Questionnaire santé

Afin de nous assurer le bon déroulement de votre massage, la personnalisation à vos besoins et attentes, nous avons besoin que vous répondiez en toute honnêteté à ce questionnaire.

Les informations resteront confidentielles.

En cas de changement à ce questionnaire lors de vos prochaines visites, nous vous demandons de bien vouloir nous en avvertir.

Renseignements personnels

Mr Mme Mlle

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Newsletter ? Oui - Non

Etat de santé Général

* Êtes-vous enceinte ? Oui - Non

- Si oui de combien ?

* Suivez-vous un traitement par homéopathie ? Oui - Non

* Avez-vous subi une opération chirurgicale il y a moins de 3 mois ? Oui / Non

- Si oui quand et laquelle ?

* Suivez-vous un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ? Oui / Non

Problèmes de santé actuel ou antérieur (cochez)

Précisions

Hémophilie

Insuffisance rénale

Maladie des os ou du saeulette

Diabète

Epileptie

Infarctus #

Accident Vasculaire cérébral (AVC) #

O Un cancer #

O Maladie chronique #

O Inflammation

O Fracture. foulure. entorse

O fièvre

O Tension élevée

O Tuberculose

O Zona

O Phlébites. varices

O Bronchite. pneumonie

O Infection bactérienne ou virale

O Infection urinaire

O Nausée et douleurs abdominales

O Etat fébrile

O Maladie contagieuse

O Allergies

Nous vous demandons une autorisation médicale de votre médecin traitant ou de votre spécialiste pour ces pathologies mentionnant :

- Quel massage est autorisé ou interdit*
- Quelle durée pour le massage*
- Quelle(s) zone(s) du corps est (sont) à proscrire*
- La durée de validité du certificat*

Date et signature