

Karta konsultacyjna Gościa

Wypełniana przed pierwszym zabiegiem, wspólnie z masażystą

DANE GOŚCIA

Imię i nazwisko:

Telefon:

Nr pokoju (dotyczy gości hotelowych):

Data pierwszej wizyty:

Wybrany zabieg:

WYWIAD ZDROWOTNY

Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi. Informacje służą wyłącznie doborowi bezpiecznej techniki zabiegu.

Czy występuje u Pani/Pana:	TAK	NIE
gorączka, infekcja lub przeziębienie w ciągu ostatnich 7 dni		
aktywny stan zapalny w organizmie		
świeży uraz, złamanie, skręcenie lub niezagojona rana		
choroba skóry w miejscu planowanego zabiegu		
zakrzepica, żylaki lub zaawansowane choroby żył		
nieuregulowane nadciśnienie lub inna choroba układu krążenia		
choroba nowotworowa, obecnie lub w przeszłości		
cukrzyca		
padaczka		
osteoporoza		
ciąża lub okres połogu		
przebyta operacja w ciągu ostatnich 6 miesięcy		
przyjmowanie leków, w szczególności rozrzedzających krew		
źle tolerowana wysoka temperatura (dotyczy masażu kamieniami, świecą i borowiną)		
inne dolegliwości lub ograniczenia ruchowe		

Jeżeli którakolwiek odpowiedź brzmi TAK, prosimy o krótkie wyjaśnienie:

ALERGIE I NADWRAŻLIWOŚCI

W zabiegach stosujemy **olej migdałowy** jako bazę, a w wybranych rytuałach także masło shea, воск sojowy z olejem konopnym, borowinę, sole kąpielowe oraz olejki eteryczne: sosnowy, miętowy, z drzewa herbacianego, jałowcowy, eukaliptusowy i imbirowy.

Alergie na orzechy, migdały lub kosmetyki:

Inne uczulenia i nadwrażliwości:

PREFERENCJE GOŚCIA

Preferowana siła nacisku (delikatny / średni / mocny):

Obszary ciała do pominięcia:

Oczekiwania wobec zabiegu:

OŚWIADCZENIE I ZGODA

1. Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą i zobowiązuję się poinformować masażystę o każdej zmianie stanu zdrowia przed kolejnym zabiegiem.
2. Zostałam/em poinformowana/y o przebiegu zabiegu, jego charakterze relaksacyjnym i pielęgnacyjnym oraz o przeciwwskazaniach. Miałam/em możliwość zadania pytań.
3. Przyjmuję do wiadomości, że gabinet nie prowadzi działalności leczniczej, a zabieg nie zastępuje konsultacji ani leczenia.
4. Wyrażam zgodę na wykonanie wybranego zabiegu.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH O ZDROWIU

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych dotyczących zdrowia, podanych w niniejszej karcie, w celu bezpiecznego doboru i wykonania zabiegu (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). Zgodę mogę wycofać w każdej chwili, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania sprzed jej wycofania.

Administratorem danych jest Hotel Jurajski Kryształ, ul. Olsztyńska 37, 42-310 Zaborze, kontakt: hotel@jurajskikryształ.pl. Dane przechowujemy przez 3 lata od ostatniej wizyty, wyłącznie w celu wskazanym powyżej. Nie przekazujemy ich innym podmiotom. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO.

data i podpis Gościa

podpis masażysty

KOLEJNE WIZYTY

Przy każdej następnej wizycie masażysta pyta o zmiany w stanie zdrowia. Gość potwierdza podpisem. Jeżeli od ostatniej wizyty minął rok lub więcej, kartę wypełnia się od nowa.

Data	Zabieg	Zmiany w stanie zdrowia	Podpis Gościa

UWAGI MASAŻYSTY

Kartę przechowuje się w zamkniętej szafce, dostęp ma wyłącznie masażysta i menadżer hotelu.