

Massaggi & terapie – sicurezza e consenso

Questo modulo ha l'obiettivo di garantire la tua sicurezza, favorire una comunicazione chiara e permettere un accompagnamento adatto durante la tua seduta. Le informazioni raccolte sono strettamente riservate e conservate in modo sicuro. **Ti prego di compilare questo modulo con attenzione e di rinviarmelo via e-mail entro e non oltre il giorno precedente al tuo appuntamento.**

Prima di iniziare

Quale servizio hai prenotato?

Massaggio (Piedi o testa / Corpo intero) → ti prego di compilare tutte le sezioni di questo modulo, tranne la sezione 6

Trattamento personalizzato (riservato alle persone già seguite)

Se hai prenotato un trattamento personalizzato, hai ricevuto trattamenti o una consulenza presso ReViva negli ultimi 3 mesi?

Sì No -> ti prego di compilare tutte le sezioni del modulo

Se sì, ci sono stati cambiamenti significativi riguardo ai tuoi dati di contatto, stato di salute, stato emotivo o bisogni dall'ultimo appuntamento?

Confermo che non ci sono stati cambiamenti significativi riguardo ai miei dati di contatto, al mio stato di salute, al mio stato emotivo o ai miei bisogni dall'ultima seduta. → Ti prego di compilare solamente la sezione 7 e di rinviarmi il modulo firmato.

Ci sono stati cambiamenti → Ti prego di compilare le sezioni 6 e 7 e di rinviarmi il modulo firmato.

1. Informazioni personali (solo per i nuovi clienti)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Nome, Cognome: | |
| Data di nascita: | |
| Pronome di preferenza (facoltativo): | |

| | |
|---|--|
| Numero di telefono: | |
| Indirizzo e-mail: | |
| Nome e numero di telefono della persona da contattare in caso di emergenza: | |

2. Motivo della seduta

Motivo principale della tua prenotazione? (risposta breve)

| |
|--|
| |
|--|

3. Antecedenti medici e sicurezza medica

Assumi farmaci (compresi anticoagulanti, antidolorifici, corticosteroidi)?

Sì No

Se sì, specifica quali:

Hai allergie o sensibilità (oli, piante, ecc.)? Sì No

Se sì, specifica quali: _____

Hai mai avuto malesseri, vertigini o reazioni indesiderate durante trattamenti corporei? Sì No

Condizioni attuali (spunta tutto ciò che si applica):

- Gravidanza
- Intervento chirurgico o infortunio recente (meno di 3 mesi)
- Problema della pelle (eruzione, infezione, ferita, micosi)
- Edemi (gonfiori insoliti)
- Dolori acuti o infiammazione importante
- Forte rigidità a livello articolare
- Trombosi, tromboflebite, importanti disturbi circolatori acuti
- Forte congestione dei seni nasali
- Capogiri, difficoltà di concentrazione o mancanza di lucidità mentale, stanchezza estrema
- Nessuna di queste condizioni*

4. Stato emotivo attuale

Hai attraversato recentemente un evento o un periodo emotivamente intenso (lutto, forte stress, cambiamento di vita) che potrebbe influenzare la tua seduta? Sì No Preferisco non rispondere

Ultimamente, come descriveresti il tuo stato emotivo generale?

- Piuttosto stabile e tranquillo
- Variabile o mutevole
- Intenso (irritabilità, agitazione, rabbia, nervosismo)
- Affaticamento emotivo o sensazione di sovraccarico
- Preferisco non rispondere*

5. Consenso, contatto corporeo & sicurezza della seduta

Pressione generalmente piacevole per te:

Delicata Media Decisa Variabile *Preferisco non rispondere*



Comunicazione durante la seduta. Ciò che ti mette maggiormente a tuo agio:

- Un contesto chiaro fin dall'inizio
- Verifiche verbali occasionali (es. pressione, comfort, ritmo) durante la seduta
- Poche spiegazioni o verifiche, salvo mia richiesta
- Non lo so ancora*

Adattamenti & regolazione. Durante la seduta, è possibile che:

- Abbia bisogno di pause o adattamenti durante la seduta
- Emergano sensazioni o emozioni senza che io abbia bisogno di commentarle
- Preferisca semplicemente lasciarmi guidare dalla seduta
- Non lo so ancora*

6. Cambiamenti dall'ultima seduta

Indica qui qualsiasi cambiamento significativo riguardo ai tuoi dati di contatto, stato di salute, stato emotivo o bisogni:

7. Dichiarazione finale – Salute, consenso & quadro della seduta

*Comprendo che i servizi proposti sono pratiche ayurvediche e **non sostituiscono in alcun caso un monitoraggio, una diagnosi o un trattamento medico.***

*Confermo di aver preso visione delle controindicazioni indicate sul sito e **mi impegno a contattare la consulente in caso di cambiamento improvviso del mio stato di salute**, affinché la seduta possa essere adattata o rimandata.*

Comprendo l'importanza dell'idratazione, del riposo e dell'osservazione delle reazioni dopo la seduta e mi impegno a contattare la consulente in caso di reazione insolita.

Confermo che le informazioni fornite in questo modulo sono, a mia conoscenza, corrette e acconsento liberamente a ricevere i trattamenti ayurvedici così come descritti

Data : _____

Firma: _____



Réservé à la praticienne

Observations générales lors de la séance

Type de soin préconisé : _____

Intention, toucher et rythme : _____

Dosha visé : _____

Dhatu visé : _____

Koshta visé : _____

