

## KARTA KLIENTA- MASAŻ DLA KOBIET W CIĄŻY

Imię i nazwisko.....

Tel. kontaktowy.....

### *Prosimy o zaznaczenie poprawnej odpowiedzi:*

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| • Gorączka bądź ogólne złe samopoczucie w dniu zabiegu | TAK | NIE |
| • Pierwszy trymestr ciąży (pierwsze dwa miesiące)      | TAK | NIE |
| • Cukrzyca ciążowa                                     | TAK | NIE |
| • Schorzenia dermatologiczne                           | TAK | NIE |
| • Choroby układu sercowo-naczyniowego                  | TAK | NIE |
| • Niedokrwistość                                       | TAK | NIE |
| • Nadciśnienie tętnicze – nieleczone                   | TAK | NIE |
| • Zapalenie trzustki                                   | TAK | NIE |
| • Gestoza (zatrucie ciążowe)                           | TAK | NIE |
| • Ostra niewydolność nerek / kolka nerkowa             | TAK | NIE |
| • Nadczynność / niedoczynność tarczycy                 | TAK | NIE |
| • Dysfunkcja narządów moczowo- płciowych               | TAK | NIE |
| • Zaburzenia rozwoju płodu                             | TAK | NIE |
| • Wcześniejsze aborcje                                 | TAK | NIE |
| • Wcześniejsze poronienia                              | TAK | NIE |
| • Wcześniejsze przedwczesne porody                     | TAK | NIE |
| • Krwawienia / plamienia w II lub III trymestrze       | TAK | NIE |
| • Rozwarcie szyjki macicy                              | TAK | NIE |
| • Łóżysko przodujące/ rozwarcie szyjki macicy          | TAK | NIE |
| • Ciąża mnoga  | TAK | NIE |
| • Niedawne urazy / operacje                            | TAK | NIE |
| • Podejrzenie choroby onkologicznej lub zakaźnej       | TAK | NIE |
| • Stosowanie używek – alkoholu / papierosów            | TAK | NIE |

## TERAPIA/ ĆWICZENIA KOBIET W CIĄŻY

- |  |         |
|--|---------|
| • Cięża wysokiego ryzyka<br>NIE                                    | TAK     |
| • Gorączka / ogólne złe samopoczucie w dniu zabiegu/ćwiczeń<br>NIE | TAK     |
| • Pierwszy trymestr ciąży<br>NIE                                   | TAK     |
| • Cukrzyca   | TAK NIE |
| • Choroby serca  | TAK NIE |
| • Nadciśnienie wywołane ciążą                                      | TAK NIE |
| • Krwawienie w ciąży   | TAK NIE |
| • Duża niedokrwistość  | TAK NIE |
| • Gestoza ciążowa (zatrucia)                                       | TAK NIE |
| • Odmiedniczkowe zapalenie nerek                                   | TAK NIE |
| • Niedawne urazy / operacje  | TAK NIE |
| • Choroby płodu  | TAK NIE |
| • Wielowodzie/ małowodzie  | TAK NIE |
| • Wcześniejsze porody przedwczesne                                 | TAK NIE |
| • Rozwarcie szyjki macicy/ łożysko przodu                          | TAK NIE |
| • Cięża mnoga  | TAK NIE |
| • Bóle kręgosłupa  | TAK NIE |

Posiadam zgodę lekarza prowadzącego / potwierdzam, że moja ciąża przebiega fizjologicznie, bez powikłań.

Podpis Pacjentki/ Klientki \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_