

KARTA KONSULTACYJNA

Masaż Gorącymi Kamieniami

MIEJSCE
NA TWOJE LOGO

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

IMIĘ I NAZWISKO:

TELEFON KONTAKTOWY:

E-MAIL:

MIEJSCOWOŚĆ:

DATA URODZENIA:

PRZEDZIAŁ WIEKOWY: < 20 20-30 30-40 40-50 50-60 60 >

1. Proszę zaznaczyć informacje o stanie zdrowia, które Pani/Pana dotyczą.

choroba nowotworowa stany zapalne nadciśnienie miażdżyca zakrzepica
tętniaki choroba zakaźna choroba krwi zmiany dermatologiczne złamanie kości
osteoporoza nadczynność/niedoczynność tarczycy cukrzyca żylaki leczenie dermatologiczne

Inne dolegliwości: Brak przeciwwskazań do zabiegu ☐

Operacje i zabiegi w ciągu 12 miesięcy:

Czy posiada Pan/i implanty (w tym zębowe)? ☐ TAK ☐ NIE

Uczulenia/Alergie (jeżeli występują proszę wypisać):

Dotyczy kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak, który miesiąc?

Czy jest Pani w trakcie menstruacji? Jeśli tak, który dzień?

Czy karmi Pani piersią?

2. Proszę zaznaczyć X, jakie dolegliwości w obrębie ciała u Pani/Pana występują:

Bóle kręgosłupa		Bezsennaś		Migrena	
Bóle mięśni		Schorzenia pęcherza		Przewlekły stres	
Problemy z apetytem		Przewlekłe zmęczenie		Problemy z krążeniem	
Bóle głowy		Nagromadzenie toksyn		Problemy z koncentracją	
Schorzenia zatok		Uczucie ciężkich nóg		Złe samopoczucie	

3. Proszę podkreślić których produktów używa Pan/i do pielęgnacji:

Mleczko Tonik Płyn micelarny Żel do mycia twarzy Krem na dzień Krem na noc
Krem pod oczy Peeling do twarzy Serum na dzień Serum na noc Balsam do ciała
Peeling do ciała Naturalne olejki Masło Shea Krem do rąk Krem do stóp

.....
Data i podpis gościa