



ALMA
HEALTH & SPA RETREAT

Stimate oaspete,

Vă rugăm să acordați câteva minute pentru a completa **CHESTIONARUL ISTORICULUI MEDICAL**, pentru a veni în sprijinul terapeutului spa în intenția de a vă oferi cel mai bun tratament în condiții de confort și siguranță. Vă sfătuim să ne împărtășiți, sub rezerva confidențialității, problemele de sănătate de care să ținem cont pentru ca experiența dumneavoastră să fie cât mai plăcută.

NUME.....DATA.....

DOMICILIU.....ORAȘ.....ȚARA.....

TELEFON.....EMAIL.....DATA NAȘTERII.....

Doresc să primesc informații privind ofertele, promoțiile Alma Health & Spa Retreat Da Nu

Vă rugăm să ne precizați dacă vă aflați într-una dintre situațiile medicale de mai jos:

Infecție Astm bronșic Boli neurologice Epilepsie Vertij

Boli psihice Hipertensiune Cardiopatie ischemică Tromboze Varice

Arterită Diabet zaharat Hepatopatii Boli digestive Boli renale

Boli urogenitale Boli autoimune Artroze/artrite

Ați suferit intervenții chirurgicale sau traumatisme recente? Da Nu

Dacă DA, precizați.....

Ați suferit de cancer? Da Nu

Dacă DA, precizați localizarea, data, chimioterapia,

radioterapie.....

Aveți implante metalice, proteze articulare? Da Nu

Dacă DA, precizați.....



ALMA
HEALTH & SPA RETREAT

Sunteți purtător de stimulator cardiac? Da Nu

Vă aflați într-o situație specială fizică sau medicală despre care terapeutul să fie avertizat? Da Nu

Dacă DA, precizați.....

Sunteți gravidă? Da Nu

Suferiți de alergii, sensibilitate la uleiuri sau parfumuri? Da Nu

Dacă DA, precizați.....

Ați mai făcut masaj profesional? Da Nu

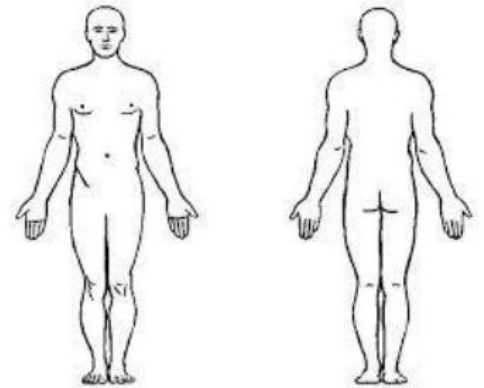
Enumerați zonele tensionate, dureroase, cu disconfort:

.....
.....

Vă rugăm indicați cu « X » zona pe care să insiste terapeutul:

Precizați nivelul de intensitatea dorit:

MARE MEDIU UȘOR



Vă rugăm să comunicați terapeutului în orice moment să adapteze intensitatea, în funcție de preferință sau disconfort.

Data:.....

Semnătura:.....