Wellness by Gudbrandsgard

Kundeopplysningsskjema

Personlig informasjon

Navn: _____

Telefonnummer: _____

E-post: _____

Behandling i dag (vennligst kryss av)

☐ Klassisk Massasje – 60 min
☐ Aroma Massasje – 60 min
☐ Klassisk Massasje – 30 min
☐ Aroma Massasje – 30 min
☐ Ansikts- og Kroppsbehandling – 90 min

Medisinsk informasjon

Har du noen av følgende medisinske tilstander? Kryss av JA om det gjelder og oppgi mer informasjon nedenfor. Diskuter med terapeuten før behandlingen.

☐ Høyt blodtrykk
☐ Lavt blodtrykk
☐ Hjerteproblemer
☐ Pacemaker
☐ Diabetes
☐ Epilepsi
☐ Metallplater eller pinner
☐ Ledd-/artroseproblemer
☐ Kreft
☐ Nylige operasjoner
☐ Medisinering (spesifiser)
☐ Annen medisinsk tilstand (spesifiser)

Tilleggsinformasjon: _____

_____

WELLNESS
BY GUDBRANDSGARD HOTELL

Allergier og erfaring

Er du allergisk mot noen typer oljer? ☐ Ja ☐ Nei

Har du tidligere tatt massasje? ☐ Ja ☐ Nei

Områder som skal unngås under massasje

Kryss av områder med smerter, ubehag eller sensitivitet:

☐ Øvre rygg

☐ Nedre rygg

☐ Nakke/skulderområde

☐ Framside ben

☐ Bakside ben

☐ Armer

☐ Føtter

☐ Ansikt

☐ Hodebunn

Tilleggsinformasjon: _____

_____

Konfidensialitet

All informasjon gitt er strengt privat og konfidensiell. Den vil ikke deles med tredjepart eller lagres uten ditt samtykke. Informasjonen sikrer en trygg, komfortabel og effektiv behandling.

Dato: _____

Kundeunderskrift: _____

WELLNESS

BY GUDBRANDSGARD HOTELL