

SCHEDA CLIENTE MASSAGGIO / SCHEDA ANAMNESTICA

Data prima compilazione: _____ Aggiornata il: _____
Operatore: _____ Centro/Studio: _____

1) DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____
Data di nascita: _____ Età: _____
Indirizzo: _____ Città: _____ CAP: _____
Telefono: _____ Email: _____
Professione: _____
Residenza (se diversa): _____
Codice Fiscale: _____ Partita IVA (se applicabile): _____

2) MOTIVO DELLA VISITA / OBIETTIVI

Tipo di trattamento richiesto: _____
Obiettivi personali (es. rilassamento, sollievo dolore, estetica): _____
Aree di interesse / focali: _____
Aree da evitare: _____

3) ANAMNESI MEDICA (barrare e specificare)

Allergie (alimenti, farmaci, cosmetici, lattice): Sì _____ No _____
Reazioni cutanee / dermatiti / eczema / psoriasi: Sì _____ No _____
Verruche / micosi: Sì _____ No _____
Capillari / varici / fragilità venosa: Sì _____ No _____
Trombosi / tromboflebite / problemi coagulazione: Sì _____ No _____
Assunzione anticoagulanti o antiaggreganti: Sì _____ No _____
Ipertensione: Sì _____ No _____ Se sì, valore / farmaci: _____
Cardiopatie / problemi cardiocircolatori: Sì _____ No _____
Storia di infarti / ictus: Sì _____ No _____
Diabete: Sì _____ No _____
Epilessia / convulsioni: Sì _____ No _____
Tumori / terapie oncologiche in corso o pregresse: Sì _____ No _____
Gravidanza in corso (mese): Sì _____ No _____ Allattamento: Sì _____
No _____
Protesi / impianti / pacemaker: Sì _____ No _____ Specificare: _____
Interventi chirurgici recenti (ultimi 12 mesi): Sì _____ No _____
Specificare: _____
Fratture / traumi recenti: Sì _____ No _____ Specificare: _____
Infezioni contagiose attive: Sì _____ No _____
Malattie autoimmuni: Sì _____ No _____
Disturbi neurologici: Sì _____ No _____
Problemi respiratori / asma: Sì _____ No _____
Altre patologie rilevanti: _____
Farmaci in uso (inclusi prodotti topici): _____

Trattamenti medici o fisioterapici in corso: _____

4) STORIA DEI TRATTAMENTI

Ha già fatto massaggi professionali? Sì _____ No _____ Frequenza: _____

Trattamenti estetici recenti (es. peeling, laser, filler): Sì _____ No _____

Specificare: _____

Prodotti usati abitualmente a casa: _____

5) CHECK-UP FISICO / VALUTAZIONI

Peso (kg): _____ Altezza (cm): _____ BMI (se noto): _____

Costituzione (es. magro / normopeso / robusto): _____

Stato della pelle (calda / fredda / normale / secca / grassa / sensibile): _____

Presenza di adipe localizzato: Sì _____ No _____ Localizzazione: _____

Misure corporee (da rilevare ad ogni seduta): Torace _____ Vita _____

Fianchi _____ Cosce _____ Braccia _____

Dolori o punti sensibili (localizzare): _____

Mobilità articolare limitata: Sì _____ No _____ Specificare: _____

Tolleranza al massaggio (pressione preferita): leggera _____ media _____
profonda _____

6) PREFERENZE E CONSENTI

Prodotti preferiti / allergie a cosmetici: _____

Aromi o oli da evitare: _____

Musica / atmosfera preferita: _____

Giorni / orari preferiti: _____

Preferenza operatore (se applicabile): _____

7) PROGRAMMI, PACCHETTI E CONTATTI

Programma scelto / pacchetto: _____

Promozioni / coupon usati: _____

Appuntamento successivo fissato per: _____

Note su pagamento / fatturazione: _____

8) NOTE CLINICHE DELL'OPERATORE (valutazione iniziale e raccomandazioni)

Valutazione operatore: _____

Controindicazioni individuate: _____

Trattamenti consigliati / durata e frequenza: _____

Prodotti consigliati per casa: _____

Osservazioni / follow-up: _____

9) CONSENSO INFORMATO E PRIVACY (LEGGERE E FIRMARE)

Dichiaro di aver fornito informazioni veritiere e complete sul mio stato di salute e sulle terapie in corso. Comprendo che la mancata comunicazione di informazioni rilevanti può

compromettere la sicurezza del trattamento.

Accetto di ricevere il trattamento di benessere naturale / massaggio informato sulle possibili reazioni e controindicazioni. Sono stato/a informato/a su possibili effetti collaterali e sulle precauzioni da prendere.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per finalità di gestione del rapporto cliente/centro e per finalità amministrative nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (GDPR).

Dichiaro di autorizzare la conservazione della scheda e dello storico trattamenti per fini di cura e fidelizzazione.

Luogo e data: _____

Firma cliente: _____

Firma operatore (con P.IVA/C.F. dell'operatore o del centro):

P.IVA / C.F. operatore/centro: _____

10) AGGIORNAMENTI / NOTE SUCCESSIVE (da compilare ad ogni seduta)

Data: _____ Operatore: _____ Modifiche anamnesi: _____

Peso: _____ Misure: _____

Esito trattamento / reazioni avverse: _____

Prodotti usati: _____ Consigli per casa: _____

Firma operatore: _____