

Szolgáltató neve:

Telefonszáma:

Címe:

ADATLAP KÉRDŐÍV

KORONAVÍRUSSEL (COVID-19) KAPCSOLATBAN, MASSZÁZSKEZELÉS IGÉNYBEVÉTELÉT MEGELŐZŐEN

Név:

Születési dátum:

Masszázskezelés időpontja:

KEDVES VENDÉGEM!

Szolgáltatásomat a mindig aktuális egészségügyi és járványügyi előírásoknak megfelelően végzem. Masszőrként korábban is kiemelt figyelmet fordítottam a fertőtlenítésre, higiéniai előírásokra, vendégeim és saját egészségem védelmére.

Mindkettőnk, és a velünk közvetlen kapcsolatba kerülők érdeke azt kívánja, hogy a SARS-CoV-2 koronavírus okozta világméretű járvánnyal kapcsolatban tájékoztassam Önt a masszázskezelés során felmerülő fertőzés esetleges kockázatáról.

Bízom abban, hogy ez nem befolyásolja a belém vetett bizalmat, hiszen a kérdőív kitöltése csupán egy kérés. Az általam elkötelezetten végzett masszázs továbbra is az marad, ami eddig: egy kellemes lehetőség, melytől javulhat az Ön életminősége testileg-lelkileg, erősödhet az immunrendszere.

Kérem, ennek fényében olvassa és töltsse ki az adatlapot. Köszönöm!

Tudnia kell, hogy az általam használt valamennyi óvintézkedés ellenére is fennállhat a SARS-Co-2 vírussal való megfertőződés veszélye, ezért mint az Ön masszöre semmilyen felelősséget nem tudok vállalni.

Annak érdekében, hogy a COVID-19 miatti kockázat a lehető legkisebb mértékű legyen, kérem, figyelmesen olvassa el, majd pontosan töltsse ki az alábbi kérdőívet. Az Ön által megadott adatok ismerete szükséges ahhoz, hogy a masszázskezelést az Ön aktuális egészségi állapotához igazítsam, esetleg későbbi időpontra halasszam.

Tapasztalt Ön legalább egy hirtelen kezdődő tünetet az alábbiak közül az elmúlt 10 napban?		
Köhögés	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Légszomj, légzési nehezítettség	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Magas láz (38°C fok felett)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Bőr és /vagy nyálkahártya elváltozások (pl. bőrpír)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Szaglásban, ízérzékelésben változás	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

Került kapcsolatba olyan személlyel, aki a fent leírt tüneteket az elmúlt 10 napban tapasztalta?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Járt külföldön az elmúlt 10 napban? Régió/ország:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
------------------------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

Végeztek Önnél COVID-19 tesztet? Ha igen, mikor:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Az eredmény pozitív volt?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

Fontos tudnivalók

Kérem, nézze el nekem az alábbi, szigorúnak tűnő sorokat, de muszáj felvilágosítanom: amennyiben Ön szándékosan tesz hamis nyilatkozatot, vagy elhallgatja azokat az információkat, melyek esetleg veszélyeztethetnek engem és/vagy a velem kapcsolatba kerülő embereket, illetve masszőrszolgáltatásomat, kártérítési igényvel élhetek Ön felé. Kérem ennek szíves tudomásul vételét: köszönöm.

Kérem, alábbiak jelölésével igazolja az általam megtett óvintézkedések meglétét		
Ezúton igazolom, hogy kezelésem alatt masszöröm az alábbi megelőző intézkedéseket tette:		
Arcmaszk használata a masször esetében	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Arcmaszk használata a vendég esetében	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Kézfertőtlenítő használatának biztosítása az üzlethelyiségbe történő belépést követően	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Masszázshoz használatos törölköző/lepedő/masszázs ágy takaró előttem lett cserélve	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Masszázságy, masszázsszék, egyéb eszközök antivirucid /antibactericid szer használatával fertőtlenítve lettek	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Masszázshelyiség szellőztetése	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

Aláírásával kérem igazolja, hogy az adatlapot önként töltötte ki, megismerve az Adatkezelési Szabályzatot. A kitöltött űrlapot vállalkozásom telephelyén/székhelyén, zárt szekrényben tárolom a kitöltést követő 30 napig, ezt követően megsemmisítem.

_____ dátum _____ vendég aláírása