



FICHA DE ANAMNESE DE AROMATERAPIA

Dados Pessoais:

- Nome: _____
- Data de Nascimento: ____/____/____
- Morada: _____
- Código Postal: _____ Localidade: _____
- Contacto Telefónico: _____ Email: _____
- Contacto de Emergência: _____
- Estado Civil: _____ Profissão: _____
- Filhos (se aplicável): _____

Histórico de Saúde:

- Está grávida? () Sim () Não
- Idade gestacional: _____ semanas
- Problemas de saúde diagnosticados? () Sim () Não
- Quais? _____
- Cirurgias anteriores? () Sim () Não
- Quais? _____
- Lesões recentes ou crónicas? () Sim () Não
- Detalhes: _____
- Cancro ou tratamentos oncológicos anteriores? () Sim () Não
- Local: _____

Sistema Cardiovascular:

- Pressão arterial: () Alta () Baixa () Normal
- Problemas cardíacos? () Sim () Não
- Quais? _____
- Má circulação? () Sim () Não

Sistema Respiratório:

- Asma ou outros problemas respiratórios? Sim Não
- Quais? _____

Sistema Nervoso e Emocional:

- Sofre de ansiedade? Sim Não
- Depressão? Sim Não
- Insónias ou problemas de sono? Sim Não
- Quantas horas dorme por noite? _____

Alergias e Intolerâncias:

- Alergias conhecidas (alimentos, cosméticos, substâncias naturais)?
 Sim Não
- Quais? _____
- Intolerância a odores fortes? Sim Não

Estilo de Vida:

- Fuma? Sim Não
- Pratica desporto? Sim Não
- Com que frequência? _____
- Alimentação equilibrada? Sim Não
- Hidratação diária? Sim Não
- Quantidade de água diária: _____ litros

Histórico de Terapias:

- Já experimentou Aromaterapia antes? () Sim () Não
- Qual foi a sua experiência?

- Faz uso de óleos essenciais em casa? () Sim () Não
- Quais? _____

Sintomas Atuais e Motivo da Consulta:

- O que o/a trouxe hoje à consulta?

- Descrição do problema ou sintomas:

- Há quanto tempo nota estes sintomas?

- Alguma coisa que agrave ou alivie o problema?

Objetivos da Terapia:

- O que espera obter com a Aromaterapia?

- Quais são os seus objetivos de bem-estar e saúde?

Medicação Atual:

- Toma medicação regular? () Sim () Não

- Quais? _____

Termo de Responsabilidade

Agradecemos por escolher os nossos serviços de aromaterapia. Antes de prosseguirmos com a sua consulta, é importante que leia e compreenda os seguintes termos e condições:

Confidencialidade e Privacidade: Todas as informações fornecidas nesta ficha de anamnese são estritamente confidenciais. Comprometemo-nos a proteger a sua privacidade e a não divulgar as suas informações pessoais a terceiros sem o seu consentimento expresso.

Informações Pessoais: As informações fornecidas nesta ficha de anamnese serão utilizadas exclusivamente para avaliação e aconselhamento aromaterapêutico. Por favor, assegure-se de fornecer informações precisas e completas sobre a sua saúde e histórico médico.

Responsabilidade do Paciente: É da responsabilidade do paciente informar o terapeuta aromaterapeuta sobre quaisquer alergias, condições médicas preexistentes ou medicamentos que esteja a tomar, para garantir a segurança e eficácia dos tratamentos aromaterapêuticos recomendados.

Consentimento para Tratamento: Ao assinar esta ficha de anamnese, o paciente consente voluntariamente em participar da consulta de aromaterapia e compreende que os óleos essenciais e outros produtos utilizados durante o tratamento podem ter efeitos diferentes em cada indivíduo.

Responsabilidade do Terapeuta: O terapeuta aromaterapeuta compromete-se a fornecer tratamentos e aconselhamento baseados em práticas seguras e eficazes de aromaterapia. No entanto, é importante compreender que os resultados podem variar de pessoa para pessoa.

Pagamento e Cancelamento: O pagamento pela consulta de aromaterapia deve ser efetuado no momento da consulta. Cancelamentos devem ser feitos com pelo menos 24 horas de antecedência; o não cumprimento deste prazo pode implicar em custos adicionais.

Li e compreendi os termos e condições acima mencionados e concordo em aderir a eles durante a minha consulta de aromaterapia.

Por favor, sinta-se à vontade para fazer perguntas ou esclarecer quaisquer dúvidas antes de assinar este documento. Estamos aqui para ajudar e proporcionar uma experiência aromaterapêutica segura e gratificante.

Outras Observações:

.....

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA CLIENTE

ASSINATURA TERAPEUTA