

General Liability Release Form

Maya Cookson is a professional bodyworker, certified to provide massage therapy through the California
Massage Therapy Council (License #81017).

As part of creating a safe and healing environment for both therapist and client, the following is understood and agreed upon by both parties:

- ❖ All massage sessions are conducted with the client's consent. At any time, both client and therapist have the right to withdraw consent and end the session, for any reason.
- ❖ **Absolutely no sexual or erotic conduct shall be tolerated** by either the client or the therapist. Anyone requesting, suggesting or engaging in sexual or erotic conduct will be politely denied, and if this behavior persists the session will be ended immediately with no proration of the agreed-upon rate.
- ❖ **Cancellation Policy:** If the client should need to cancel or reschedule a session, s/he agrees to notify the therapist as soon as possible. If the client notifies the therapist of cancellation less than 24 hours before the scheduled time, the client will pay 50% of the agreed upon rate for the missed session. In the case that the client cancels less than 2 hours before the session, the client agrees to pay the full rate for the missed session as scheduled. No further sessions will be scheduled until last-minute cancellations have been paid for. **Clients arriving more than 20 minutes late without prior communication will be considered a last minute cancellation.**

By signing below, I (the client) acknowledge that:

1. I give my permission to receive massage therapy.
2. I understand that therapeutic massage is not a substitute for medical treatment or medications.
3. I understand that the therapist does not diagnose illnesses or injuries, or prescribe medications.
4. I have not been advised by my physician that massage therapy could be detrimental to me in my
current physiological and mental state.
5. I understand the risks associated with massage therapy include, but are not limited to:
 - Superficial bruising
 - Short-term muscle soreness
 - Exacerbation of undiscovered injury
- I therefore release the massage therapist from all liability concerning the injuries that may occur during the massage session.
6. I understand the importance of informing my massage therapist of all medical conditions and medications I am taking, and to let the massage therapist know about any changes to these. I understand that there may be additional risks based on my physical condition.
7. **I understand that it is my responsibility to inform my massage therapist of any discomfort
I may feel during the massage session** so he/she may adjust accordingly.
8. I understand that I or the massage therapist may terminate the session at any time.
9. I have been given a chance to ask questions about the massage therapy session and my questions have been answered.
10. I agree that the terms of this waiver shall apply to all future sessions until and unless replaced by a new agreement.

Client Signature

Date

כתב ויתור אחריות

מאיה קוקסון היא אשת מקצוע המוסמכת לספק טיפולים באמצעות עיסוי ע"י
California Massage Therapy Council (רשיון מס' 81017)

לשם יצירת סביבה בטוחה ומרפאת לשניהם, הן המטפלת והן המטופל/ת מבינים ומסכימים על הדברים הבאים:

❖ כל הטיפולים מתבצעים בהסכמת הלקוח/ה. בכל עת, הלקוח/ה או המטפלת רשאים/יות לחזור בהם/ן מהסכמתם/ן ולסיים את הטיפול, מכל סיבה שהיא.

❖ **התנהגות מינית או ארוטית מכל סוג שהוא אינה מקובלת**, הן מצד הלקוח/ה והן מצד המטפלת. מי שי/תבקש, י/תציע, או י/תעסוק בהתנהגות מינית או ארוטית יידחה בנימוס, ובמידה שהתנהגות זו תימשך, הטיפול יסתיים מיד, בתשלום מלוא מחיר הטיפול.

❖ **מדיניות ביטול:** במקרה של ביטול/ שינוי מועד טיפול, המטופל/ת י/תעדכן את המטפלת בהקדם האפשרי.

- מוסכם, כי במקרה של ביטול, עליו ניתנה הודעה בתוך 24 שעות טרם מועד הטיפול, יחול תשלום בשיעור של 50% ממחיר הטיפול.
- ואולם, במקרה של ביטול, עליו ניתנה הודעה בתוך שעתיים טרם מועד הטיפול, יחול תשלום מלא.
- לא יקבעו טיפולים נוספים עד לתשלום החוב.
- איחור של יותר מ- 20 דקות לטיפול ללא הודעה מראש יחשב כביטול ללא הודעה מוקדמת, כאמור מעלה.

בחתימה שלמטה, אני הלקוח/ה מצהיר בזה ש:

1. אני מסכים/ה לקבל טיפול מקצועי בעיסוי
2. אני מבין/ה שטיפול מקצועי בעיסוי אינו מהווה תחליף לטיפול רפואי או לתרופות.
3. אני מבין/ה שהמטפלת אינה מאבחנת מחלות או פציעות ואינה רושמת תרופות.
4. לא קיבלתי יעוץ או אזהרה מרופא, לפיהם טיפול בעיסוי עלול לגרום לי נזק פיזי, נפשי או אחר.
5. אני מבין/ה שבטיפול באמצעות עיסוי קיימים סיכונים, העשויים לכלול, בין היתר:
 - חבורות שטחיות
 - כאבי שרירים לטווח קצר
 - החמרה של פציעה לא ידועה
6. לכן אני משחרר/ת את המטפלת מכל אחריות בנוגע לסיכונים שעלולים להתרחש במהלך הטיפול.
7. אני מבין/ה שחשוב להודיע למטפלת על כל מצב רפואי ועל כל תרופה בה אני משתמש, ולעדכן על כל שינוי באחד מאלה. אני מבין/ה שעלולים להיות סיכונים נוספים התלויים במצבי הרפואי.
7. **אני מבין/ה שבאחריותי להודיע למטפלת על כל אי נוחות שאחוש במהלך הטיפול כדי שהיא תוכל לבצע התאמות בהתאם.**
8. אני מבין/ה שאני או המטפלת יכול/ה לסיים את הטיפול בכל עת.
9. ניתנה לי הזדמנות לשאול שאלות בנוגע לטיפול, ושאלותי נענו.
10. אני מסכים/ה שתנאי כתב ויתור זה יחולו על כל טיפול בעתיד, אלא אם כן הוא יוחלף בהסכמות אחרות בכתב.

תאריך

חתימת הלקוח/ה

Massage Intake

טופס תחילת טיפול

Full Name
שם מלא

Phone
מספר טלפון

Address
כתובת

DOB
תאריך לידה

Email
מייל

Occupation
מקצוע

Massage Information מידע לגבי העיסוי

Have you had professional massage before?
Yes ☐ כן No ☐ לא האם קיבלת עיסוי מקצועי בעבר?

What are your goals for this treatment session?
אילו מטרות היית רוצה להשיג בטיפול?

Are there any areas you do not want massaged?
האם יש אזורים בגוף שבהם לא היית רוצה לגעת?

All right to use Essential Oils during the session?
האם אפשר למרוח עליך שמנים ארומטיים בטיפול?
Yes ☐ כן No ☐ לא

Medical Information מידע רפואי

Are you taking any medications? ☐ Yes ☐ No
האם את/ה לוקח/ת תרופות? כן לא

Please list name and use :
נא לרשום שם ושימוש

Do you suffer from chronic pain? ☐ Yes ☐ No
האם את/ה סובלת/ת מכאב כרוני? כן לא

Please Explain: :
נא לפרט:

What makes it better?
מה מפחית אותו?

What makes it worse?
מה מחמיר אותו?

Please list Orthopedic injury history
נא לרשום כל פציעה אורטופדית שהייתה לך בעבר

Please check all that apply to you:

נא לסמן את כל מה שקשור אליך:

☐ Cancer ☐ Arthritis ☐ Blood Pressure ☐ / ☐
סרטן דלקת פרקים לחץ דם נמוך / גבוה

☐ Diabetes ☐ Headaches ☐ Sprain / Strain
סוכרת כאבי ראש נקע / קרע בשריר

☐ Surgeries ☐ Nerve issues ☐ Numbness
ניתוחים בעיות עצביות חוסר תחושה

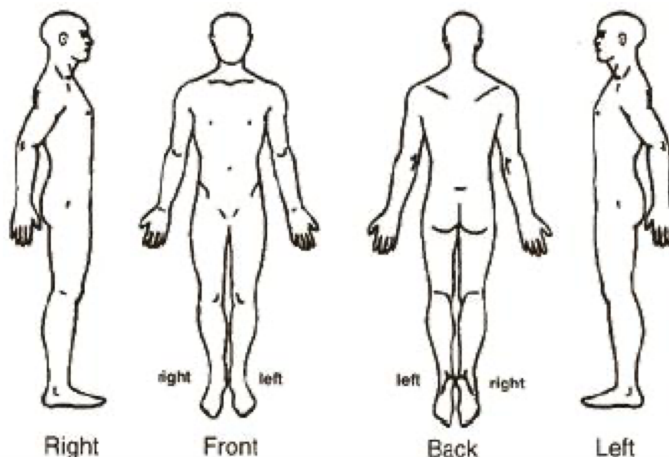
☐ Stroke ☐ Blood Clots ☐ Kidney Dysfunction
שבץ קרישיות דם בעיות בכליות

☐ Pregnancy ☐ Heart Attack ☐ Allergies
הריון התקף לב אלרגיות

Please explain any conditions marked above:
נא להסביר כל מצב המסומן למעלה:

Please mark any areas of discomfort:

נא לסמן אזורים של אי נוחות / כאב.



➤ I have completed this form to the best of my ability/knowledge and agree to inform my therapist of any changes to the above information.

אני מצהיר/ה כי המידע שנתתי הוא נכון למיטב ידיעתי

Signature חתימה

Date תאריך