

Scheda cliente e consenso informato

Riflessi di Benessere di Stefania Zanzarin

Via Alessandro Manzoni 15, 38122 Trento · Partita IVA 02830810228

Email: riflessidibenessere@virgilio.it · WhatsApp: +39 352 227 0182

Questa scheda serve a Stefania per capire se il trattamento che hai scelto è adatto a te e per eseguirlo in sicurezza. Ti chiede poche informazioni essenziali: rispondi con sincerità e, se qualcosa non ti è chiaro, chiedi pure. Puoi non rispondere a una domanda, ma in questo caso Stefania potrebbe non poter eseguire il trattamento o doverlo adattare.

I trattamenti di Riflessi di Benessere hanno finalità **estetiche e di benessere**: non sono prestazioni sanitarie e non servono a diagnosticare, prevenire o curare malattie o disturbi. Le avvertenze complete sono sul sito: riflessidibenessere.eu/avvertenze-trattamenti/

1. I tuoi dati

Nome e cognome	
Data di nascita	 / /
Telefono	
Email (facoltativa)	
Data di compilazione	 / /

Se la cliente è **minorenne** compila anche la sezione 7.

2. Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento UE 2016/679, GDPR)

Chi tratta i dati. Il titolare del trattamento è Riflessi di Benessere di Stefania Zanzarin, Via Alessandro Manzoni 15, 38122 Trento, email riflessidibenessere@virgilio.it.

Quali dati e perché. Raccogliamo i tuoi dati identificativi e di contatto e le informazioni sulla tua salute che indichi in questa scheda (ad esempio gravidanza, patologie, terapie, allergie). Le informazioni sulla salute sono dati di categoria particolare (art. 9 GDPR). Le usiamo solo per valutare se il trattamento è adatto a te, per eseguirlo in modo sicuro, per scegliere prodotti e manualità adeguati, e per tenere traccia di eventuali allergie o reazioni.

Base giuridica. Per i dati sulla salute: il tuo **consenso esplicito** (art. 9, par. 2, lett. a), che puoi dare nella sezione 6 e revocare in qualsiasi momento. Per i dati identificativi e di contatto: l'esecuzione del servizio che richiedi (art. 6, par. 1, lett. b). Se non dai il consenso per i dati sulla salute, Stefania non potrà eseguire i trattamenti per i quali la scheda è necessaria.

A chi vanno i dati. Non vengono comunicati né diffusi a terzi, salvo obblighi di legge o, se necessario, per far valere o difendere un diritto in sede legale. Sono visti solo da Stefania. La scheda è conservata in un archivio chiuso a chiave. I dati non sono trasferiti fuori dall'Unione europea.

Per quanto tempo. La scheda è conservata per **5 anni dall'ultimo trattamento**, per poter rispondere a eventuali contestazioni, poi viene distrutta. Se revochi il consenso o chiedi la cancellazione, i dati vengono eliminati, tranne quelli che devono essere conservati per obbligo di legge o per difendere un diritto.

I tuoi diritti. Puoi chiedere l'accesso ai tuoi dati, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione e, ove applicabile, la portabilità (artt. 15-22 GDPR), scrivendo a riflessidibenessere@virgilio.it. Puoi inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (garanteprivacy.it).

3. Informazioni comuni a tutti i trattamenti

Barra Sì o No per ogni domanda. In caso di Sì aggiungi, se vuoi, qualche dettaglio.

Domanda	Sì	No	Dettagli (facoltativi)
Sei in gravidanza, o pensi di esserlo?	☐	☐	settimana:
Hai oggi febbre, malessere, infezioni o malattie contagiose in corso?	☐	☐	
Soffri o hai sofferto di trombosi, flebite, embolia o di altre patologie del cuore o della circolazione (anche pressione molto alta o molto bassa)?	☐	☐	
Assumi farmaci anticoagulanti o antiaggreganti, o hai disturbi della coagulazione del sangue?	☐	☐	
Hai o hai avuto un tumore, o sei in terapia oncologica (chemioterapia, radioterapia, ormonoterapia), o hai linfedema?	☐	☐	
Soffri di diabete?	☐	☐	
Soffri di epilessia, asma o allergie respiratorie?	☐	☐	
Soffri di osteoporosi, di patologie delle ossa o delle articolazioni, o di dolori acuti alla schiena o al collo (ad esempio ernia del disco)?	☐	☐	
Hai patologie della pelle (dermatiti, psoriasi, eczema, herpes, micosi, verruche) o ferite, ustioni, eruzioni o infiammazioni nella zona da trattare?	☐	☐	
Hai subito interventi chirurgici, fratture, traumi o lesioni negli ultimi 6 mesi?	☐	☐	
Hai allergie o intolleranze note a profumi, oli essenziali, cosmetici, frutta a guscio, lattice, nichel o altre sostanze?	☐	☐	quali:
Hai già avuto reazioni (arrossamento, prurito, bruciore) dopo un massaggio, un trattamento estetico o l'uso di un cosmetico?	☐	☐	
Segui altre terapie o cure, o hai altre condizioni di salute che ritieni importanti per il trattamento?	☐	☐	

Se hai risposto Sì a una o più domande sulla gravidanza o sulle patologie: hai sentito il tuo medico (o la tua ostetrica) e hai ricevuto un'indicazione favorevole al trattamento?

☐ Sì ☐ No ☐ Non necessario

Altre informazioni che vuoi comunicare:
.....

4. Sezioni specifiche (compila quella del trattamento che hai scelto)

4A. Massaggio

Domanda	Sì	No	Dettagli (facoltativi)
Hai dolore in qualche zona del corpo in questo momento?	☐	☐	dove:
Hai lividi o gonfiore, vene varicose evidenti, protesi o impianti nella zona da trattare?	☐	☐	
Hai la pelle molto sensibile o tendi ad avere lividi con facilità?	☐	☐	
Preferisci che il massaggio sia eseguito senza oli essenziali?	☐	☐	

Pressione preferita: ☐ leggera ☐ media ☐ decisa

Zone da evitare:

4B. Riflessologia (plantare o corporea)

Domanda	Sì	No	Dettagli (facoltativi)
Hai verruche, micosi, ferite, ulcere, vesciche o infiammazioni ai piedi?	☐	☐	
Hai gonfiore o dolore ai piedi o alle gambe (ad esempio per gotta)?	☐	☐	
Hai diabete con ridotta sensibilità dei piedi, o formicolii e intorpidimenti ai piedi?	☐	☐	
Hai fratture o interventi recenti a piedi, caviglie o gambe?	☐	☐	
Hai la pelle dei piedi molto sensibile o soffri il solletico in modo marcato?	☐	☐	

4C. Trattamenti viso e corpo

Domanda	Sì	No	Dettagli (facoltativi)
Hai acne attiva, herpes labiale in corso, couperose marcata o altre irritazioni del viso o del corpo?	☐	☐	
Hai fatto negli ultimi 30 giorni peeling, laser, filler, epilazione, bende o altri trattamenti estetici?	☐	☐	quali:
Usi farmaci per la pelle (ad esempio retinoidi) o assumi farmaci che rendono la pelle più sensibile al sole?	☐	☐	
Ti sei esposta/o al sole o a lampade abbronzanti negli ultimi giorni, o hai la pelle scottata?	☐	☐	
Hai già avuto reazioni a creme, scrub, impacchi o prodotti per il viso e per il corpo?	☐	☐	quali:

Tipo di pelle: ☐ normale ☐ secca ☐ grassa ☐ mista ☐ sensibile

Prodotti che usi abitualmente:

5. Le mie dichiarazioni

Io sottoscritta/o dichiaro che:

1. le informazioni che ho fornito in questa scheda sono veritiere e complete;

2. mi impegno a comunicare a Stefania, prima di ogni trattamento successivo, qualsiasi variazione delle mie condizioni di salute, della gravidanza, delle terapie o delle allergie;
3. ho capito che i trattamenti sono **estetici e di benessere**, non sono prestazioni sanitarie e non hanno scopo diagnostico, terapeutico o curativo, e che non sostituiscono visite, esami o terapie mediche;
4. sono stata/o informata/o che alcuni trattamenti, prodotti e oli essenziali possono non essere indicati in presenza di gravidanza, patologie, terapie o allergie, che possono comparire reazioni transitorie (come arrossamento, stanchezza, lieve indolenzimento) e che per questo il trattamento può essere rinviato, modificato o non eseguito;
5. so che i risultati e le sensazioni di benessere sono soggettivi e non sono garantiti;
6. so che posso chiedere informazioni sui prodotti usati e sul loro elenco di ingredienti, e che posso interrompere il trattamento in qualsiasi momento, avvisando Stefania;
7. ho letto o mi sono state illustrate le Avvertenze sui trattamenti (riflessidibenessere.eu/avvertenze-trattamenti/) e ho potuto fare le domande che desideravo;
8. se in seguito al trattamento ho disturbi o reazioni che mi preoccupano, mi rivolgerò al mio medico e ne informerò Stefania.
-

6. Consensi

Consenso al trattamento. Dopo aver ricevuto le informazioni, chiedo di sottopormi a (barra uno o più):

☐ massaggio ☐ riflessologia ☐ trattamento viso ☐ trattamento corpo

Trattamento specifico:

Consenso al trattamento dei dati sulla salute (art. 9, par. 2, lett. a, GDPR). Ho letto l'informativa della sezione 2 e acconsento al trattamento dei miei dati relativi alla salute, forniti in questa scheda, per le finalità e con le modalità indicate.

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Nessuna fotografia o video viene realizzata senza un consenso scritto distinto.

Luogo e data: Firma della cliente:

7. Cliente minorenni

Da compilare solo se la cliente o il cliente ha meno di 18 anni.

Io sottoscritta/o, in qualità di ☐ madre ☐ padre ☐ tutore, esercente la responsabilità genitoriale su, nata/o il / /

- dichiaro che le informazioni di questa scheda sono veritiere e complete;
- confermo le dichiarazioni della sezione 5 e dò il consenso al trattamento indicato nella sezione 6 e al trattamento dei dati sulla salute;
- sono consapevole che per i minori di 14 anni è richiesta la mia presenza (o quella di un adulto da me delegato) durante il trattamento.

Luogo e data: Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale:

.....

8. A cura dello studio

Scheda illustrata a voce: ☐ sì

.....

Firma di Stefania Zanzarin:

Registro dei trattamenti e delle variazioni

[illegible]