



Kontaktbogen bei Erstbehandlung

Sehr geehrte Kunden, dieser Fragebogen hilft mir dabei, Ihnen die bestmögliche Massage anzubieten und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie alle Fragen gewissenhaft und weisen mich auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin. Selbstverständlich werden ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vor- und Zuname:

Adresse:

Telefonnummer:

Handelt es sich um Ihre erste Massage? ja nein

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? ja nein

Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? ja nein

Wenn ja woran?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?

Ansteckende Krankheiten

Offene Wunden

Verletzungen

geschwollene Lymphdrüsen

Herz-Kreislauf Beschwerden

hoher Blutdruck

niedriger Blutdruck

Thrombose

Rheuma

Epilepsie

Kopfschmerzen/ Migräne

Diabetes

Asthma

Osteoporose

Krampfadern

Haben sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.?) ja nein

Wenn ja, welche?

Können Sie gut auf Rücken und Bauch liegen? ja nein

Haben Sie Schmerzen?

ja nein

Wo sind Ihre Schmerzen?

Wie stark sind Ihre Schmerzen? (10= Sehr starke Schmerzen bis 1= Geringe Schmerzen)

Nur für weibliche Kunden:

Sind Sie schwanger?

ja nein

Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?

ja nein

Haben sie innerhalb der letzten sechs Monate ein Kind geboren?

ja nein

Mir ist bekannt, dass eine Massage der Entspannung dient und nicht der Behandlung einer Krankheit, chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher Beeinträchtigungen und Verletzungen. Ich habe Sie über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Falls mein Arzt oder Therapeut mir Empfehlungen oder Einschränkungen bezüglich einer Massage genannt hat, habe ich Ihnen dies mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden, das die Massage auf eigene Gefahr durchgeführt wird.

Keine Massage darf erfolgen wenn folgende Erkrankungen/ Lebensumstände vorliegen (bitte sprechen sie bei Bedenken mit Ihrem Hausarzt)

Fußdruckpunktmassage:

Fieber, Nagelpilz, Hautpilz, Thromboseneigung, Venenentzündungen, Schwangerschaft, direkt nach einer OP

Gesichtsakupressur:

Fieber, Herpes, frische Wunden, offene Akne, Trigeminusneuralgie, direkt nach einer OP

Ort, Datum, Unterschrift

Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden!

Ort, Datum, Unterschrift