

Fragebogen vor der ersten Massage

Dieser Fragebogen soll mir dabei helfen, Ihnen die bestmögliche Entspannung zu teil werden zu lassen und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft und weisen mich auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin. Diese Daten werden nicht elektronisch erfasst, sondern lediglich manuell und streng vertraulich abgelegt.

Teil 1

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: Alter:
 Wohnort: Straße/Hausnr.:
 Tel. Nr.: Email:

Warum möchten Sie eine Massage in Anspruch nehmen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ärztliche Empfehlung | <input type="checkbox"/> Schmerzen durch Arbeit oder Sport |
| <input type="checkbox"/> zur Entspannung | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- ☐ Empfehlung durch Bekannte / Freunde / Familie
☐ Im Internet, Wo?
☐ Durch Flyer
☐ Im Vorbeigehen/ Geschenkgutschein
☐ Sonstiges:

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten aus **Teil 1** ohne Weitergabe an Dritte elektronisch gespeichert werden. Dies dient der internen Verwaltung und Sie erhalten regelmäßig nützliche Informationen und Sonderangebote. (**Falls nicht gewünscht, bitte streichen!**)

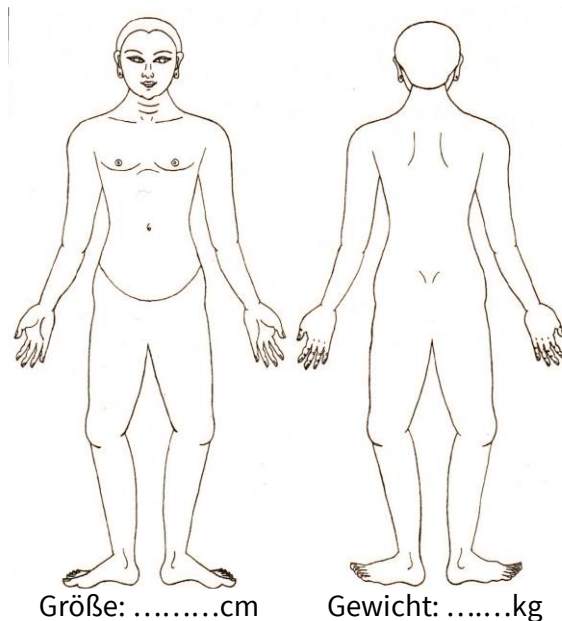
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die AGB´s gelesen zu haben und erkenne diese an.

Ort, Datum Unterschrift



Teil 2 Bitte **ankreuzen & maskieren** Sie wenn Sie unter folgenden Krankheiten leiden:

- ☐ operative Eingriffe im letzten Jahr? Wenn ja welche?
- ☐ Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden?
- ☐ Knochenbrüche in den letzten Jahren?
- ☐ Frühere Luxationen oder Verrenkungen?
- ☐ Hernien (Organ- oder Wirbelbrüche) ?
- ☐ Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?
- ☐ Beschwerden in den Gelenken? Wenn ja, an welchen?
- ☐ Stellen mit adhäsiver Kapsulitis (Schultersteife),
akromiales Impingement (Schulter-Impingement-Syndrom),
Rissen der Rotatorenmanschette, Tendinitis oder Bursitis ?
- ☐ Gelenkprothesen? Wenn ja, wo?
- ☐ Gicht? Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen?
- ☐ Adipositas?
- ☐ Rheuma?
- ☐ Osteoporose?
- ☐ Allergien? / Unverträglichkeiten gegen Öle?
- ☐ Aneurysma (Ausweitung) der Aorta
- ☐ Hämophilie (Bluterkrankheit)
- ☐ Bluthochdruck?
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Herz- oder Gefäßerkrankungen?
- ☐ Krebs? Tendenz Tumor-Maker der letzten 2 Jahre?
- ☐ Diabetiker?
- ☐ Thrombosen / Ödeme? Wo? Wann?
- ☐ Offene Wunden oder Schnitte
- ☐ Hauterkrankungen z.B. Fußpilz?
- ☐ Endometriose ?
- ☐ Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?
Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?
- ☐ Regelmäßige Medikamenteneinnahme?
- ☐ Unfall in den letzten 72 Stunden?
- ☐ zur Zeit in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung?
- ☐ Sonstige gesundheitliche Einschränkungen?



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG: Mir ist bekannt, dass eine Thai-Massage der Entspannung dient und nicht der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, einer chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung und Verletzungen. Ich habe meine Thai-Masseurin über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Falls mein Arzt oder Therapeut mir Empfehlungen oder Einschränkungen bezüglich einer Thai-Massage genannt hat, habe ich diese weitervermittelt.
Ich bin damit einverstanden, dass die Massage auf eigene Gefahr durchgeführt wird.

Ort, Datum Unterschrift

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

Ort, Datum Unterschrift