

Fragebogen vor der ersten Behandlung

Name:	_____	Adresse:	_____
Vorname:	_____	PLZ Ort	_____
Geburtsdatum:	_____	Tel. Nr.:	_____
E-Mail:	_____	Mobil:	_____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft! Die von Ihnen angegebenen Daten und Informationen werden streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Frage:	nein	ja	Bemerkungen
Hatten Sie im letzten Jahr einen Knochenbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie nicht ausgeheilte Narben? (von Verletzungen, Operationen o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Hautkrankheiten oder haben Sie akute Verbrennungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Wucherungen unter der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Geschwüre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Thrombosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie lymphatische Ödeme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Gicht? Wenn ja, welche Gelenke sind betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall, Wenn ja: Wann, Welche Teile sind betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben oder Hatten Sie bereits ein Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Gelenkprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Beschwerden an Gelenken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie HIV-Positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie infektiöse Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie Fuß- oder Nagelpilz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben sie allergische Reaktionen auf bestimmte Ölessenzen oder Lotionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Meine Gesundheitsdaten habe ich nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ich verstehe, dass bei medizinischen Bedenken die Konsultation eines Arztes vor der Massage erforderlich sein kann.

Informationen zur aktuellen Situation

A. Ihr Hauptziel für diese Massage:

- ☐ Allgemeine Entspannung / Stressabbau
- ☐ Linderung leichter Verspannungen
- ☐ Verbesserung des Wohlbefindens
- ☐ Spezifische Schmerzlinderung

B. Spezielle Problemzonen:

(Worauf soll ich mich besonders konzentrieren? Max. 3 Bereiche)

- ☐ Nacken
- ☐ Schultern
- ☐ Oberer Rücken
- ☐ Unterer Rücken / Lendenwirbel
- ☐ Arme / Hände
- ☐ Beine / Füße
- ☐ Kopf / Gesicht
- ☐ Oberkörper Vorderseite
- ☐ **Andere:** _____

C. Gewünschte Druckstärke:

- ☐ Sehr sanft (Streicheln, Entspannung)
- ☐ Mittel (Angenehmer Druck, gut für Verspannungen)
- ☐ Kräftig (Tiefes Gewebe, ggf. kurzzeitig schmerzhaft)

Die angebotenen Leistungen sind **reine Wellness- und Präventionsleistungen** zur Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens und der Entspannung.

Es werden **keine medizinischen Diagnosen** gestellt oder Heilbehandlungen im Sinne des Heilpraktikergesetzes erbracht. Die durchgeführte Behandlung ersetzt keine Konsultation bei einem Arzt, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten.

Datum: _____

Unterschrift: _____