



Sehr geehrte Kunden,

dieser Fragebogen hilft uns dabei, Ihnen die bestmögliche Massage anzubieten und gesundheitliche Risiken zu minimieren.

Bitte beantworten Sie alle Fragen gewissenhaft und weisen uns auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin.

Selbstverständlich werden ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Name

Vorname

Tel.

Weshalb möchten Sie eine Massage in Anspruch nehmen?

- ärztliche Empfehlung
 Schmerzen durch Arbeit oder Sport
 zur Entspannung
 sonstiges

	Ja	Nein
Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation oder Knochenbruch? Wenn ja , wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie derzeit Probleme an HWS / LWS? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprothesen? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprobleme (frühere Verrenkungen oder Ausrenkungen von Gelenken?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Rheuma? Wenn ja welches und was ist betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gicht? Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden in den Gelenken? Wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie eventuell Allergiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter zu hohem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Gefäßerkrankungen wie z.B. Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen Krebs oder Geschwürbildungen diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Hauterkrankungen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sie innerhalb der letzten sechs Monate ein Kind geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden?		

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 meine Masseurin 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, 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