



Dieser Fragebogen hilft uns dabei, 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!

Name	Zimmernummer
Vorname	Geburtsdatum

Warum möchten Sie eine Massage in Anspruch nehmen?

- Schmerzen durch Arbeit/Sport/chronisch/akut** **zur Entspannung**
 ärztliche Empfehlung **Sonstiges**

Gibt es gesundheitliche Einschränkungen, die Ihre Behandlung beeinträchtigen könnten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hatten Sie kürzlich Infekte, Krankheiten oder Impfungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bestehen Herz-, Lungen- oder Gefäßerkrankungen, Schilddrüsenfehlfunktion?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nehmen Sie Medikamente wie zB Blutverdünner, usw.?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Öle, Essenzen, etc.?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hatten Sie die letzten Wochen/Monate eine Verletzung, eine Operation, Bestrahlung oder Chemotherapie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leiden Sie an Osteoporose, Rheuma, Arthrose oder Gicht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leiden Sie an zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie sonstige gesundheitliche physische oder psychische Gesundheitseinschränkungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hatten Sie schon einmal eine Überreaktion nach einer Behandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hatten Sie eine Thrombose, Embolie, Gürtelrose?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

O Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten, habe zur Zeit keine Chemotherapie oder ansteckende Krankheiten und lasse mich auf eigene Verantwortung behandeln! Bei Falschangabe übernehme ich jegliche Haftung.

Unterschrift

Datum

Bitte markieren Sie schmerzende Körperbereiche und eventuelle Narben:

