

## Fragebogen vor der 1. Wellnessmassage

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, nicht elektronisch erfasst und nicht an Dritte weitergegeben, sondern nur manuell datenschutzkonform abgelegt.

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft oder bestätigen Sie Ihre Nichtbeantwortung durch Ankreuzen auf der Folgeseite sowie die Kenntnisnahme durch Ihre Unterschrift am Ende des Fragebogens. Sollten Sie unter einem der folgenden Probleme leiden, halten Sie bitte vor der Massage Rücksprache mit Ihrem Hausarzt.

Sind Sie aktuell in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Ja/Nein  
Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie derzeit Medikamente? Ja/Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie aktuell (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

ansteckende Krankheiten	Ja/Nein
Wunden, Schnitte, Geschwüre, Sonnenbrand	Ja/Nein
Epilepsie	Ja/Nein
Fieber/Erkältung	Ja/Nein
Diabetes	Ja/Nein
Asthma	Ja/Nein
Muskelverletzungen	Ja/Nein
Hoher/niedriger Blutdruck	Ja/Nein
Krebs	Ja/Nein
Aids	Ja/Nein
Virusinfektionen	Ja/Nein
Schwangerschaft	Ja/Nein
Thrombosen/Ödeme	Ja/Nein

Herz-/Kreislaufbeschwerden	Ja/Nein
Bandscheibenvorfall	Ja/Nein
Gelenkprothesen	Ja/Nein
Wenn ja, wo? _____	
Allergien	Ja/Nein
Wenn ja, welche? _____	
Hauterkrankungen	Ja/Nein
Wenn ja, welche? _____	
Operationen innerhalb der letzten 6 Monate	Ja/Nein
Wenn ja, wo? _____	
Knochenbrüche innerhalb der letzten 6 Monate	Ja/Nein
Wenn ja, wo? _____	
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen	Ja/Nein
Wenn ja, welche? _____	

Ich möchte die Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden. (In diesem Falle bitte ankreuzen)  Ja

Wichtig: Alle angebotenen Wellnessmassagen und sonstigen Anwendungen ersetzen keinen Arzt oder Heilpraktiker. Von mir erhalten Sie keine Heilversprechen. Ich unterstütze mit meiner Arbeit die Aktivierung Ihrer Selbstheilungskräfte. Die Verantwortung zur Genesung oder Heilung über Ihren Körper liegt bei Ihnen selbst.

Erklärung: Ich bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe nichts verschwiegen, was für eine Massage-Anwendung von Bedeutung ist.

Leipzig,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anmerkungen der Masseurin bei Folgebehandlungen

---