



Name: _____ Vorname: _____

Anschrift _____

Telefon: _____ Email: _____

Geburtsdatum: _____

Wie sind Sie auf mich Aufmerksam geworden:

Internet () Empfehlung von Freunden () Flyer () Sonstiges: _____

Handelt es sich um Ihre erste Massage? ja () nein ()

Sind Sie aktuell in ärztliche Behandlung? ja () nein ()

Wenn ja, weshalb? _____

Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? ja () nein ()

Falls ja, was genau wurde operiert?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein (Z.B. ASS, Marcumar, Blutdrucksenker??):
nein () , wenn ja welche? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja () nein ()

wenn ja welche Art von Sport (Ausdauer, Kraft...) und wie oft/welche?

Haben Sie Allergien? ja () nein ()

wenn ja welche? _____

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen (bitte ankreuzen)?:

- | | |
|--------------------------------|--|
| () ansteckende Erkrankungen | () Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises |
| () offene Wunden | () Epilepsie |
| () allgemeine Verletzungen | () Kopfschmerzen / Migräne |
| () akutes Fieber | () Diabetes mellitus Toy 1 oder 2 |
| () Tumorerkrankungen | () Asthma bronchiale |
| () bekannte Herzproblematiken | () Osteoporose |
| () hoher Blutdruck | () Long Covid |
| () Krampfadern | () Schilddrüsenerkrankung |



Leiden Sie unter Erkrankungen des Bewegungsapparates? ja () nein ()
wenn ja welche? _____

Wurden Sie schon mal an der Wirbelsäule operiert? ja () nein ()
wenn ja, warum und was operiert?

Wurde bei Ihnen eine Prothese eingesetzt (Knie, Hüfte etc.) ja () nein ()
wenn ja, wo und wann? _____

Hatten Sie sonstige Operationen? ja () nein ()
wenn ja, welche? _____

Können Sie auf dem Bauch oder Rücken liegen? ja () nein ()

Gibt es essentielle Aromen die Sie nicht vertragen? ja () nein ()
wenn ja, welche? _____

Haben Sie noch andere Informationen, die für die Massage interessant / relevant
sein können? ja () nein ()
wenn ja welche?

Liegt bei Ihnen eine Schwangerschaft vor? ja () nein ()

Erklärung:

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und
vollständig sind.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte
weitergegeben. Die Befundbögen werden nach DSGVO aufbewahrt.