

### Fragebogen vor der ersten Behandlung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname(n): - \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort : \_\_\_\_\_  
Straße/ Nr. : \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft! Diese Daten werden nicht elektronisch erfasst  
oder weitergegeben, sondern lediglich manuell vertraulich abgelegt.

Sollten Sie unter einem der folgenden Probleme leiden, halten Sie vor der Massage bitte  
Rücksprache mit Ihrem Hausarzt:

Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Rheuma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wunden, Schnitte, Geschwüre, Sonnenbrand, Blauflecken	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Muskelverletzungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Fieber und Erkältung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Geschwollene Lymphdrüsen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Asthma	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herz-Kreislauf Beschwerden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Niedrige Blutdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krebs	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Venöse Probleme (z.B. Thrombose, Krampfadern, Arteriosklerose)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Knochenbrüche, Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Schwanger	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gicht	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Gelenkprothesen oder andere Implantate? Wenn ja: Wo?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie allergisch gegen eine oder mehrere der bei uns angebotenen Ölessenzen? (z.B. Mandel, Arnika, Kampher)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (Blutverdünner zb. Marcomar)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Lipödem	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Ich habe weitere körperliche Probleme:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich möchte die Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

---

Ort, Datum

Unterschrift