



NAME: _____ VORNAME: _____ TEL.: _____

JA NEIN

Handelt es sich um Ihre erste Massage?

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden?

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

Wenn ja, welche:

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche?

Haben Sie Erkrankungen des Bewegungsapparates?

Wurden Sie schon mal an der Wirbelsäule operiert?

Wenn ja, wann und welche Wirbel?

Haben sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.?)

Wenn ja, welche?

Hatten Sie andere relevante Operationen?

Wenn ja, welche?

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

 Ansteckende Krankheiten

 Rheuma

 Offene Wunden

 Epilepsie

 Verletzungen

 Kopfschmerzen/Migräne

 Fieber

 Diabetes

 geschwollene Lymphdrüsen

 Asthma

 Herz-Kreislauf Beschwerden

 Osteoporose

 hoher Blutdruck

 Krampfadern

 niedriger Blutdruck

Nur für Frauen: Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?

Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?

 Haben Sie noch andere Informationen, die für die Massage
 interessant sein können?

 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.

 Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung
 nach meinen Wünschen massiert werden!

 Ort, Datum, Unterschrift