

Wellness & Ambiente: Anamnese – Fragebogen

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

Name:	Email:
Vorname:	Mobil:
Strasse:	Geburtstag:
PLZ / Ort:	

	Ja	Nein		Ja	Nein
Sind Sie aktuell in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung			Krebs		
Nehmen Sie derzeit Medikamente			Aids		
Ansteckende Krankheiten			Virusinfektionen		
Rheuma			Schwanger		
Wunden, Schnitte, Geschwüre, Sonnenbrand			Gelenkprothesen, wenn ja wo?		
Epilepsie			Fußpilz		
Fieber / Erkältung			Bekannte Allergien?		
Diabetes			Herz- Kreislaufbeschwerden		
Asthma			Ich habe weitere körperliche Probleme		
Muskelverletzungen					
Hoher / niedriger Blutdruck					

Ich möchte die Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

Wichtig:

Die Wellness–Massagen ersetzen keinen Arzt oder Heilpraktiker. Von mir erhalten Sie kein Heilversprechen. Ich unterstütze mit meiner Arbeit die Aktivierung Ihrer Selbstheilungskräfte. Sollten Sie unter einem der folgenden Probleme leiden, halten Sie bitte vor der Massage oder auch Meditation Rücksprache mit Ihrem Hausarzt.

Erklärung:

Ich bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe nichts verschwiegen, was bei der Massage von Bedeutung ist.

Datum / Ort

Unterschrift