



Fragebogen für Massagen

Vorname:

Name:.....

Leiden Sie (zur Zeit) an.....?	Ja	Nein
Körperlichen Beschwerden / Schmerzen Falls ja, wo?		
Diabetes		
Akuten Entzündungen oder Infektionen		
Beschwerden, die mit Fieber einhergehen oder einem grippalen Infekt		
Anfallsleiden, z.B. Epilepsie		
Migräne		
Nervenleiden /erkrankungen; Missempfindungen Falls ja, welche?		
Onkologischen Erkrankungen / Tumorerkrankungen Falls ja, welcher Art?		
Verletzungen, Wunden oder offenen Geschwüren? Falls ja: wo?		
Krampfadern, Thrombose		
Entzündungen im Bereich der Venen oder Lymphgefäße		
Herz-Kreislaufproblemen, - erkrankungen		
Haben Sie einen Schrittmacher?		
Nehmen Sie Medikamente ein? Falls ja, welche und wann?		
Wurden in den vergangenen 12 Monaten Operationen durchgeführt? Falls ja, welche?		
Sind aktuell Operationen geplant? Falls ja, welche?		
Haben Sie künstliche Gelenke? Falls ja, wo?		
Erkrankungen im Bereich Hände / Füße?		
Depressionen		
Sind Sie schwanger?		
Haben Sie Tätowierungen oder Piercings? (seit wann?)		

☐ Hiermit erkläre ich, dass meine Angaben der Richtigkeit entsprechen.

☐ Hiermit erkläre ich, über die Wellnessmassage, deren Ablauf und mögliche Folgereaktionen ausreichend informiert worden zu sein.

Ort:....., den..... Unterschrift.....