



Fragebogen für WellnessMassagen

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? | | |

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.....