



Naturally Inspired Calm

Wellness Massage

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="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Rheuma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Wunden, Schnitte, Geschwüre, Sonnenbrand, Blauflecken	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Epilepsie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Muskelverletzungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Fieber und Erkältung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Diabetes	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Geschwollene Lymphdrüsen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Asthma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Herz-Kreislauf Beschwerden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Osteoporose	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Niedrige Blutdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Krebs	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Venöse Probleme (z.B. Thrombose, Krampfadern, Arteriosklerose)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Knochenbrüche	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Schwanger	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Gicht	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Haben Sie Gelenkprothesen? Wenn ja: Wo?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Sind Sie allergisch gegen eine oder mehrere der bei uns angebotenen Ölessenzen? (z.B. Nuß)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Nur bei Fußmassage: Leiden Sie an Fußpilz?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Lipödem	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja



Naturally Inspired Calm
Wellness Massage

Ich habe weitere körperliche Probleme:	o Nein	o Ja
Ich möchte die Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden	o Nein	o Ja

Ort, Datum

Unterschrift