



Inga Koepke

Ayurveda - Wellness - Massage

## Gesundheitsfragebogen vor der ersten Behandlung

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer ersten Anwendung mit.

Dieser Fragebogen hilft mir dabei, Ihnen die bestmögliche Massage anzubieten und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und weisen mich auf eventuell nicht erfragte, aber bestehende Beschwerden hin. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an dritte weitergegeben. Diese Daten werden nicht elektronisch erfasst, sondern lediglich manuell und streng vertraulich abgelegt. Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- Internet  Empfehlung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? O Ja O Nein

\_\_\_\_\_

Hatten Sie im letzten Jahr operative Eingriffe / Knochenbrüche / Bandscheibenvorfall?

O Ja O Nein

\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon mal an der Wirbelsäule operiert? O Ja O Nein

Können Sie gut auf Rücken und Bauch liegen? O Ja O Nein



Inga Koepke

Ayurveda - Wellness - Massage

## Gesundheitsfragebogen vor der ersten Behandlung

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten  | <input type="checkbox"/> Asthma                     |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                   | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Offene Wunden            | <input type="checkbox"/> Osteoporose                |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck            |
| <input type="checkbox"/> Verletzungen             | <input type="checkbox"/> Krampfadern                |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/ Migräne   | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck        |
| <input type="checkbox"/> Fieber                   | <input type="checkbox"/> Krebs                      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen           |
| <input type="checkbox"/> geschwollene Lymphdrüsen | <input type="checkbox"/> _____                      |

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

---

Nur für weibliche Klienten: Sind Sie Schwanger?

Ja  Nein

Erklärung:

- Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

*Sofern trotz fachkundiger Anwendung Folgeschäden auftreten, die darauf zurückzuführen sind, dass ein Klient Ausschlussgründe verschweigt, ist die Wellness-Masseurin / Geschäftsinhaberin von jeder Haftung freigestellt. Gleiches gilt für Schäden, die dadurch entstehen, weil ein Ausschlussgrund dem Kunden selbst nicht bekannt und für die Wellness-Masseurin nicht erkennbar war. Die Masseurin ist nicht schadensersatzpflichtig für Schäden, die Ihnen durch eventuell ausgelöste Prozesse entstehen können.*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift