

Fragen	Ja	Nein
Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit?		
Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?		
Diabetes		
Epilepsie		
Kopfschmerzen/Migräne		
Krampfadern		
Krebserkrankungen		
Asthma		
Herzkreislauf Beschwerden/Erkrankungen		
hoher/niedriger Blutdruck		
Muskelverletzungen		
geschwollene Lymphdrüsen		
Bandscheibenvorfall		
Osteoporose		
Rheuma		
Gicht		
Haben Sie weitere körperliche Probleme oder Erkrankungen, welche?		
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten operiert, woran?		
Haben Sie Unfälle erlitten, welcher Art?		
Sind Sie aktuell in zahnärztlicher Behandlung?		

Sind Sie oder waren Sie psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung?		
Sind Allergien bekannt?		
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Pflegeprodukte?		
Nehmen derzeit Medikamente, welche?		
Für Frauen: Sind Sie schwanger? Welche SSW? Hatten Sie Kaiserschnitte? Leiden Sie an Periodenschmerzen?		

Ich bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.  
Ich habe wissentlich nichts verschwiegen, was für die Massage, Prävention-Wellness-Anwendungen und sonstigen Anwendungen von Bedeutung ist.

- Falls ich den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen kann oder möchte, erkläre ich mich hiermit bereit den Termin mindestens 24h vorher zu stornieren oder umzumelden.

Ort, Datum:

Unterschrift: