

Traditionelle Thai-Massage

Sairung Berger

Sehr geehrte Kunden,

dieser Fragebogen hilft mir dabei, Ihnen die bestmögliche Entspannung zuteil werden zu lassen und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Dabei bin ich auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Bitte beantworten sie alle Fragen gewissenhaft und weisen Sie mich auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin. Selbstverständlich werden ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank.

Name	Vorname
Straße und Hausnummer	Wohnort
Telefonnummer	Geburtsdatum

Warum möchten Sie eine Massage in Anspruch nehmen?

ärztliche Empfehlung Schmerzen durch Arbeit oder Sport zur Entspannung sonstiges

	Ja	Nein
Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im letzten Jahr einen Knochenbruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie bereits ein Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprobleme (frühere Verrenkungen oder Ausrenkungen von Gelenken)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprothesen? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gicht? Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden in den Gelenken? Wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie eventuell allergisch gegen eine oder mehrere von mir angebotene Ölessenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter zu hohem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Herz- oder Gefäßerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen Krebs oder Geschwürbildungen diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Hauterkrankungen z.B. Fußpilz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur für Frauen: Sind sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass eine Thai-Massage der Entspannung dient und nicht der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, einer chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung und Verletzungen. Ich habe meine Thai-Masseurin über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Falls mein Arzt oder Therapeut mir Empfehlungen oder Einschränkungen bezüglich einer Thai-Massage genannt hat, habe ich diese weitervermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Massage auf eigene Gefahr durchgeführt wird.

Ort , Datum

Unterschrift

Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden!

Ort , Datum

Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit. Ich wünsche Ihnen nun eine erholsame Massage! Ihre Sairung Berger