

Bitte an info@petrasmassageraum.de schicken, oder zum Termin mitbringen.

Fragebogen

Seite 1

Name: _____ Vorname(n) _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Tel. Nr.: _____

e-mail: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Im Vorbeigehen
 - Durch Empfehlung - Bekannte / Freunde
 - Über Internet Suche / Webseite
 - Facebook
 - Gutschein
 - Durch Werbeflyer. Wenn ja: Wo? _____
 - Sonstiges: _____
-

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten aus Teil 1 ohne Weitergabe an Dritte von Massage &Wellnesstherapeutin Petra Schütt elektronisch gespeichert werden, um ggf. aktuelle Informationen und / oder Neuerungen von Massage &Wellnesstherapeutin Petra Schütt zu erhalten.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft! Diese Daten werden **nicht** elektronisch erfasst oder weiter gegeben, sondern lediglich manuell vertraulich abgelegt. Wir möchten, dass Sie sich wohl fühlen, wenn Sie uns verlassen!

Leiden Sie an Rheuma?

Wenn ja: Wo haben Sie rheumatische Beschwerden?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie nicht ausgeheilte Narben? (Von Verletzungen, Operationen o.ä.)

Wenn ja: Wo haben Sie diese Narben und wie lange liegen die Narbenbildungen zurück?

- NEIN
- JA _____

Leiden Sie an Hautkrankheiten oder haben Sie akute Verbrennungen?

Wenn ja: Um welche Hautkrankheiten handelt es sich und wo sind diese Hauterkrankungen oder Verbrennungen?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie Geschwüre?

Wenn ja: Wo sind die Geschwüre vorhanden?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie Wucherungen unter der Haut?

Wenn ja: Wo?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie Krampfadern?

Wenn ja: Wo sind die Krampfadern vorhanden?

- NEIN
- JA _____

Leiden Sie an Thrombosen?

Wenn ja: Wo sind die Thrombosen vorhanden?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie lymphatische Ödeme?

Wenn ja: Wo sind die Ödeme vorhanden?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie Gicht?

Wenn ja: Welche Gelenke sind davon betroffen?

- NEIN
- JA _____

Haben oder hatten Sie bereits ein Hals -, Brust – oder Lendenwirbelsyndrom?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie Gelenkprothesen?

Wenn ja: wo?

- NEIN
- JA _____

Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenvorfall?

Wenn ja: Wann? Und Haben Sie noch Beschwerden?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie Beschwerden an den Gelenken?

Wenn ja: An welchen?

- NEIN
- JA _____

Sind Sie Diabetiker?

- NEIN
- JA

Sind Sie HIV Positiv?

- NEIN
- JA

Haben Sie infektiöse Krankheiten?

Wenn ja: Welche?

- NEIN
- JA _____

Leiden Sie an Epilepsie?

- NEIN
- JA

Leiden Sie an Osteoporose?

- NEIN
- JA

Haben Sie Krebs?

- NEIN
- JA

Leiden Sie an Allergien?

Wenn ja: An welchen?

- NEIN
- JA _____

Haben Sie zu hohen Blutdruck?

- NEIN
- JA

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

- NEIN
- JA

*Nur bei Fußmassage:***Leiden Sie an Fußpilz?**

- NEIN
- JA

*Nur bei Frauen:***Sind Sie schwanger?**

Wenn ja: in welchem Monat befinden Sie sich?

- NEIN
- JA _____

*Nur für Frauen:***Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?**

- NEIN
- JA

Ich habe weitere körperliche Probleme, wenn ja, welche:

Mit dieser Unterschrift bestätigen Sie auch, dass für eventuelle Verletzungen bei der Massage von Massage & Wellnesstherapeutin Petra Schütt keine Haftung übernommen wird. Grundsätzlich beruht sich die Massage auf eigene Verantwortung!

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____