



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.

Hatten Sie im letzten Jahr einen Knochenbruch? Wenn ja: Wo?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie nicht ausgeheilte Narben? (Von Verletzungen, Operationen o.ä.)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Hautkrankheiten oder haben Sie akute Verbrennungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Wucherungen unter der Haut? Wenn ja: Wo?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Geschwüre?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Thrombosen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie lymphatische Ödeme?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Rheuma? Wenn ja: Wo haben Sie rheumatische Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Gicht? Wenn ja: Welche Gelenke sind davon betroffen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenvorfall? Wenn ja: Wann? Haben Sie noch Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben oder hatten Sie bereits eine Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Gelenkprothesen? Wenn ja: Wo?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Beschwerden an Gelenken? Wenn ja: An welchen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie HIV-Positiv?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie infektiöse Krankheiten. Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Krebs?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Sind Sie allergisch gegen eine oder mehrere der bei uns angebotenen Ölessenzen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja



Fragebogen vor der ersten Behandlung

Mobile Wellnessmassage

Sabine Kröll

Tel. 0172 652166 6

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nur bei Fußmassage: Leiden Sie an Fußpilz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nur bei Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nur für Frauen: Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Ich habe weitere körperliche Probleme:

Ich möchte die Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden (Bitte ggf. streichen!)

Ort, Datum

Unterschrift