

Persönliche Informationen

Name, Familienname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Ort _____ Kanton _____ PLZ _____

Telefon zu Hause _____ Mobil _____

Telefon Arbeit _____ ext. _____ @ _____

eMail _____

Zivilstand _____

Beruf _____

Empfohlen durch: Name, Familienname _____

Name Notfallkontakt _____ Telefonnummer Notfallkontakt _____

Hausarzt _____ Tel. Hausarzt _____

Hausarzt eMail _____

Name, Familienname des Empfehlenden _____

Massage-Erfahrungen

Hatten Sie zuvor schon mal eine Massage? J N

Wenn ja, welche Art von Massage hatten Sie? _____

Wie lange lassen Sie sich schon massieren? _____

Frequenz der Reservationen? _____

Was sind Ihre Behandlungsziele?

Aktuelle Gesundheit

Behandlungsgrund: _____

Grösse und Gewicht? cm: _____ kg: _____

Betätigen Sie sich regelmässig sportlich? J N

Wenn ja, welche Art von Sport? _____

Führen Sie regelmässig Übungen durch während Arbeit, Sport oder Hobby? J N

Wenn ja, welche? _____

Sitzen Sie lange während Ihrer Arbeitszeit J N

Wenn ja, wieso? _____

Erfahren Sie viel Stress in Ihrem Alltag? (Job oder Familie oder sonstiges) J N

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Spannungen, Steifheit, Unwohlsein oder Schmerzen? J N

Wenn ja, wieso? _____

Hatten Sie kürzlich eine Verletzung, Operation oder Entzündung? J N

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie empfindliche Haut? J N

Haben Sie Allergien auf Öle, Lotionen oder Salben? J N

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie jetzt?

Gesundheitsgeschichte

Muskelskeletal

- Knochen- oder Gelenkerkrankung
- Tendonitis/Bursitis
- Arthritis/Gicht
- Kieferschmerz (TMJ)
- Lupus
- Wirbelsäulenprobleme
- Migräne/Kopfschmerz
- Osteoporose

Kreislauf

- Herzleiden
- Phlebitis/Krampfadern
- Blutgerinnsel
- Hoher/niedriger Blutdruck
- Lymphödem
- Thrombose/Embolie

Respiratorisch

- Atemprobleme/Asthma
- Emphysem
- Allergien, welche:

- Sinusprobleme

Nerven System

- Gürtelrose
- Taubheit/Kribbeln
- Einklemmter Nerv
- Chronischer Schmerz
- Lähmung
- Multiple Sklerose
- Parkinson Krankheit

Fortpflanzung

- Schwanger / Monat: _____
- Eierstock-/Menstr. Probleme
- Prostata

Skin

- Allergien

- Hautausschläge
- Kosmetische Operationen
- Fusspilz
- Herpes/Fieberbläschen

Verdauung

- Reizdarm Syndrom
- Blasen / Nierenleiden
- Kolitis Ulzerosa
- Morbus Crohn
- Geschwür

Psychologisches

- Angst/Stress Syndrome
- Depression

Übriges

- Krebs/Tumore
- Diabetes
- Drogen/Alkohol/Tabak Genuss
- Kontaktlinsen
- Zahnersatz
- Hörhilfen

Andere medizinische Zustände die nicht aufgeführt sind:

Bitte erläutern Sie obenmarkierte Zustände:

Kundenvereinbarung

Es ist meine Entscheidung eine Massagetherapie zu erhalten. Ich bin mir der Vorteile als auch der Risiken der Massage bewusst und gebe durch meine Unterschrift dazu meine Zustimmung.

Ich verstehe, dass keine implizierte Garantie für den Erfolg der Wirksamkeit einer Massage oder Serien von Massagen abgegeben werden können. Ich bestätige, dass diese Massage-Therapie kein Ersatz für medizinische Versorgung, medizinische Untersuchung oder Diagnose ist.

Ich habe meinen Therapeuten über alle medizinischen Krankheiten, die mir bekannt sind, informiert und verpflichte mich ihn bei Änderungen meines Gesundheitszustands umgehend vor der nächsten Massage in Kenntnis zu setzen.

Ort

Datum

Unterschrift