

Anmeldeformular

Name:		Vorname:	
Strasse:		Strasse Zusatz	
PLZ:		Ort:	
Telefon privat:		Mobile:	
eMail:		Geburtsdatum:	
Ihr Hausarzt		Telefon Hausarzt:	

Haben Sie zurzeit physische oder psychische Probleme? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, wieso? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, wo, welche? _____

Hatten Sie vor kurzem eine Operation? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Hatten sie im letzten Jahr eine Operation? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Wie beurteilen Sie ihren Gesundheitszustand? Gut Mässig Schlecht

Haben sie jetzt Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wo, welche? _____

Wie ist Ihr Kälte- oder Wärmegefühl? Normal Gestört

Leiden Sie unter Bewegungseinschränkungen? Ja Nein

Wenn ja, wo, welche? _____



Anmeldeformular

Wie ist Ihr Schlaf?

Gut Mittelmässig Schlecht Komisch

Wenn nicht gut, was vermuten Sie als Ursache?

Sind Sie zurzeit schwanger? Ja Nein In welcher Woche? _____ Stillen Sie noch? Ja Nein

In eigener Sache:

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? AdWords Anzeige Empfehlung Plakat Suchmaschine

Wenn nicht AdWords bitte spezifizieren: _____

Was erwarten Sie sich von dieser Massage? _____

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