

Persönliche Daten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
E-Mail	
Tel.-Nummer	

Gesundheitsdaten

Bitte teilen Sie mir mit, falls Sie an folgenden (Vor-) Erkrankungen leiden
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Thrombose, Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
Fieberhafte Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Infektiöse Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Arthritis	<input type="checkbox"/>
Neigung zu blauen Flecken	<input type="checkbox"/>	Offene Wunden	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Einnahme von Blutverdünnungsmittel	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen (Neurodermitis, bzw. sonstige bitte angeben)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	Woche:	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen bitte angeben	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sonstige Medikamente bitte angeben	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Hinweis bei Massageanwendungen:

Die Ausführung meiner Massagen ist keine medizinische Behandlung, sondern eine reine Wellnessanwendung. Meine Anwendungen helfen bei Verspannungen und Stress durch ihren entspannenden und präventiven Charakter.

Bei gesundheitlichen Problemen und/oder wenn Sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, ist eine Behandlung von Ihnen mit einem Arzt abzusprechen

Datenschutzpolitik (Details siehe Homepage):

Daten werden lediglich zum internen betrieblichen Zweck verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum:

Unterschrift Kunde: