



## Kontraindikationsbogen

**Name:**

**Telefon:**

Bitte beantworten sie die Fragen gewissenhaft, sie dienen der optimalen Betreuung während der Anwendung.

Der Fragebogen wird ein Jahr lang aufbewahrt und danach vernichtet. Sollte sich innerhalb dieses Jahres eine Änderung ergeben, geben Sie mir bitte Bescheid. Danke für Ihre Mithilfe.

| Sind folgende Beschwerden/Erkrankungen bekannt:       | Ja | nein |
|---|----|------|
|   |    |      |
| akute/ chronische Schmerzen                           |    |      |
| chronische Erkrankung                                 |    |      |
| akute Entzündung                                      |    |      |
| Herzkreislauferkrankung                               |    |      |
| akuter Bandscheibenvorfall                            |    |      |
| Thrombose in den letzten 6 Monaten                    |    |      |
| Schmerzhafte/entzündete Krampfader                    |    |      |
| fortgeschrittene Osteoporose                          |    |      |
| (Kontakt)Allergie, die ein Notfallmedikament benötigt |    |      |
| frische OP, nicht älter als 3 Monate                  |    |      |
| Diabetes/Epilepsie                                    |    |      |
| Tumorerkrankung innerhalb der letzten 5 Jahre/ welche |    |      |
| Hauterkrankung  |    |      |
| viraler/bakterieller Infekt, in den letzte 2 Wochen   |    |      |
| Schwanger/ SSW  |    |      |
| Blutverdünner/ Notfallmedikamente/Schmerzmittel       |    |      |

Mir ist bewusst, dass es sich bei dieser Massage/kinesiologischen Sitzung um KEINE therapeutische Maßnahme handelt. Bei jeglichen Beschwerden halte ich zunächst Rücksprache mit einem Arzt. Die Anwendung ersetzt keinen Arzt oder Heilpraktiker. Die Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet. Im Falle einer Schwangerschaft, wurde ich darauf hingewiesen, dass eine Massage in seltenen Fällen Wehen auslösen kann und nehme das Risiko auf mich.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Information gelesen zu haben und stimme der Verwendung meiner Daten zu internen Zwecken zu. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Der Zustimmung kann jederzeit widersprochen werden.

FFB, \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift