



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		
Herz-Kreislauf-Erkrankung		
akuter Bandscheibenvorfall		
Thrombose in den letzten 6 Monaten		
Schmerzhafte/entzündete Krampfadern		
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 letzten 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