

Gesundheitsfragebogen

Liebe Kundin, lieber Kunde,
um Sie gut zu beraten und mit Ihnen Ihre persönliche Wellnessbehandlung zu finden,
bitten wir Sie uns diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Antworten dienen der
Vorbeugung möglicher Gesundheitsschäden durch unsere Behandlungen und
insbesondere Wellnessmassagen.

Die Beantwortung der aufgeführten Fragen ist freiwillig und dient uns als Beratungs-
und Auswahlhilfe für Ihre Behandlung. Dieser Fragebogen wird für unser Personal in
Ihrer Karteikarte für mind. 10 Jahre hinterlegt und nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

- Ja Nein Leiden Sie an **Herz- Kreislaferkrankungen**
- Ja Nein Hatten Sie **Knochenbrüche** oder **Muskel- Gelenkverletzungen**
- Ja Nein bei Frauen sind Sie **schwanger**
- Ja Nein Leiden Sie an **Osteoporose / Arthrose / Rheuma / Gicht**
- Ja Nein Leiden Sie an **Venenerkrankungen / Krampfadern /
Thrombosen**
- Ja Nein Haben Sie **Hauterkrankungen / akute Verletzungen**
- Ja Nein Wurden Sie in den letzten 12 Monaten **operiert**
- Ja Nein Leiden Sie an einem **lymphatischem Ödem**
- Ja Nein Haben oder hatten Sie eine **Krebserkrankung**
- Ja Nein Leiden Sie an **Epilepsie**
- Ja Nein Ist **Haut- oder Nagelpilz** diagnostiziert
- Ja Nein Sind schwere **Psychiatrische Erkrankung** vorhanden
- Ja Nein Haben Sie **Infektiöse Erkrankungen**
- Ja Nein Haben Sie **Bandscheibenschäden**
- Ja Nein Haben Sie **Beschwerden an der Wirbelsäule**
- Ja Nein Haben Sie **Gelenkprothesen**
- Ja Nein Leiden Sie an **Diabetes**
- Ja Nein Bestehen **Allergien**

Hinweise für den Behandler:

O Ich habe weitere körperliche Probleme:

O Ich möchte diesen Fragebogen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift Behandler