

Kundenaufnahmebogen – Wellnessmassagen

LMK Becker Lymphdrainagen / Wellness- Hot Stone- Schröpfmassagen

Wellness
Massagen
Entspannung

- Lymphdrainagen
- Hot Stone – Massage
- Schröpf – Massage
- Rücken, Beine / Arme
- Manuell Gesicht- Kopf
- Rücken + Fußmassage
- Ganzkörpermassage

Persönliche Daten

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Behandlungsgrund

☐ Verspannungen ☐ Rückenschmerzen ☐ Nackenschmerzen ☐ Kopfschmerzen
☐ Entspannung ☐ Wellness- Lymphdrainage
☐ Sonstiges:

_____

Wo treten die Beschwerden auf?

_____

Schmerzstärke (0 = keine Schmerzen, 10 = stärkste Schmerzen): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vorerkrankungen:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Osteoporose ☐ Rheuma
☐ Bandscheibenvorfall ☐ Krebs ☐ Epilepsie ☐ Asthma ☐ Thrombose ☐ Krampfadern
☐ Schwangerschaft ☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Sonstige

Inh. Mathias a.H. [Becker] A.R. / Infos: Beate Becker +49 151 – 42 39 45 36 / info@wellnessmassagen-becker.de



Erkrankungen / Operationen / Verletzungen

Gab es Operationen oder größere Verletzungen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

_____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? ☐ Nein ☐ Ja

Allergien Bestehen Allergien? Welche? ☐ Nein ☐ Ja

Kontraindikationen ***Bitte ankreuzen:***

☐ Fieber ☐ Offene Wunden ☐ Infektionskrankheiten ☐ Frische Operation

☐ Thrombose ☐ Akute Entzündungen ☐ Keine bekannt

Sonstige Hinweise:

_____

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes vor jeder Behandlung mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass eine Massage / Entspannungs-Lymphdrainage Behandlung keine ärztliche Diagnose oder Behandlung ersetzt.

Ich wurde über mögliche Reaktionen nach der Behandlung informiert. ☒ Ja

_____

Datenschutz

Ich habe die Datenschutzerklärung erhalten bzw. zur Kenntnis genommen und bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Terminverwaltung, Dokumentation und Behandlung gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen einverstanden.

Einwilligung zur Behandlung: Ich erkläre mich mit der Durchführung der vereinbarten Massage- / Entspannungs-Lymphdrainage Behandlung einverstanden.

☒ Ja

_____

..... Ort: _____Datum: ____/ ____/ _____

Unterschrift Kunde/Kundin: A.R.

mit der Unterzeichnung des Dokumentes / Schriftstück, wird im vollem Bewustsein dem vorstehendem Inhalt und Umfang anerkannt / zugestimmt.

Inh. Mathias a.H. [Becker] A.R. / Infos: Beate Becker +49 151 – 42 39 45 36 / info@wellnessmassagen-becker.de