Salty Soul WELLNESS
Marlen Lemke
Hafenstraße 8, 18225 Kühlungsborn
0177 2842681
www.saltysoulwellness.yoga

Fragebogen vor der ersten Massage

Dieser Fragebogen soll mir dabei helfen, Ihnen die bestmögliche Entspannung zu teil werden zu lassen und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft und weisen mich auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin. Diese Daten werden nicht elektronisch erfasst, sondern lediglich manuell und streng vertraulich abgelegt.

Teil 1

Vollst. Name	
PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum:	
Tel. + Email	
Alter/ Beruf	

Warum möchten Sie eine Massage in Anspruch nehmen?
□ ärztliche Empfehlung □ Schmerzen durch Arbeit oder Sport
□ zur Entspannung □ sonstiges ……..

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?
□ Empfehlung □ Im Internet, Wo?
□ durch Flyer □ Außenwerbung/ Geschenkgutschein
□ Werbung Stadt Kühlungsborn □ Sonstiges:
……...……..

□ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten aus **Teil 1** ohne Weitergabe an Dritte elektronisch gespeichert werden. Dies dient der internen Verwaltung und Sie erhalten regelmäßig nützliche Informationen und Sonderangebote.
(**Falls nicht gewünscht, bitte streichen**!)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die AGB´s gelesen zu haben und erkenne diese an.

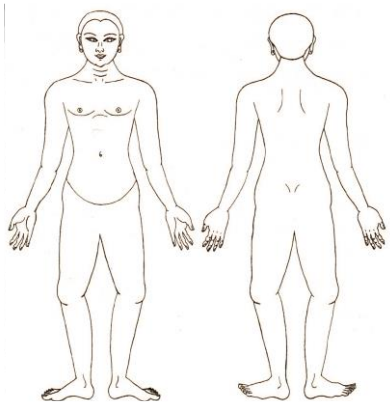
Ort, Datum …… Unterschrift ……

□ Ich möchte die folgenden gestellten medizinischen Fragen **nicht** beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden!

Ort, Datum …… Unterschrift ……

Teil 2 Bitte **ankreuzen & maskieren** Sie wenn Sie unter folgenden Krankheiten leiden:

□ operative Eingriffe im letzten Jahr? Wenn ja welche?
□ Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden?
□ Knochenbrüche in den letzten Jahren?
□ Frühere Luxationen oder Verrenkungen?
□ Hernien (Organ- oder Wirbelbrüche) ?
□ Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?
□ Beschwerden in den Gelenken? Wenn ja, an welchen?
□ Stellen mit adhäsiver Kapsulitis (Schultersteife), akromiales Impingement (Schulter-Impingement-Syndrom), Rissen der Rotatorenmanschette, Tendinitis oder Bursitis ?
□ Gelenkprothesen? Wenn ja, wo?
□ Gicht? Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen?
□ Adipositas?
□ Rheuma?
□ Osteoporose?
□ Allergien? / Unverträglichkeiten gegen Öle?
□ Aneurysma (Ausweitung) der Aorta
□ Hämophilie (Bluterkrankheit)
□ Bluthochdruck?
□ Schlaganfall
□ Herz- oder Gefäßerkrankungen?
□ Krebs? Tendenz Tumor-Maker der letzten 2 Jahre?
□ Diabetiker?
□ Thrombosen / Ödeme? Wo? Wann?
□ Offene Wunden oder Schnitte
□ Hauterkrankungen z.B. Fußpilz/ Warzen?
□ Endometriose ?
□ Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?
Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?
□ Regelmäßige Medikamenteneinnahme?
□ Unfall in den letzten 72 Stunden?
□ zur Zeit in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung?
□ Sonstige gesundheitliche Einschränkungen?



Größe: ……cm Gewicht: ……kg

Intensität der Massage
□ sanft
□ mäßig
□ kräftig

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG: Mir ist bekannt, dass eine Thai-Massage der Entspannung dient und nicht der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, einer chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung und Verletzungen. Ich habe meine Thai-Masseurin über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Falls mein Arzt
oder Therapeut mir Empfehlungen oder Einschränkungen bezüglich einer Thai-Massage genannt hat, habe ich diese weitervermittelt.
Ich bin damit einverstanden, dass die Massage auf eigene Gefahr durchgeführt wird.

Ort, Datum …… Unterschrift ……

Kundenfeedback

	ausgezeichnet	gut	durchschnittlich	unzufriedenstellend
Erstkontakt/ Terminvereinbarung	☐	☐	☐	☐
Therapeutischer Service (Fähigkeiten)	☐	☐	☐	☐
Massagequalität	☐	☐	☐	☐
Behandlungsraum (Einrichtung/ Ausstattung/ Sauberkeit)	☐	☐	☐	☐
Vorschläge/ Anmerkungen:				

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, meinen Service zu verbessern.
Ich freue mich Sie bald wieder begrüßen zu dürfen.