

Persönlicher Gesundheitsfragebogen

(freiwillige Angaben)



Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.datum: _____._____._____

PLZ/Wohnort: _____

Straße/Hausnr.: _____

Telefon: _____ (privat) _____ (geschäftl.)

Email: _____

Beruf: _____

bitte ankreuzen

Mit welchen Erwartungen kommen Sie zur Behandlung?

- Entspannung / Stressabbau
- Linderung meiner Blockaden/Verspannungen
- Steigerung meines körperlichen und geistigen Bewusstseins
- Schmerzlinderung
- Sonstiges _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- Zeitung/Anzeige
- Weiterempfehlung (z.B. durch Partner/Freunde/Bekannte)
- Werbeflyer / Werbeschild
- Internet Sonstiges _____

Haben Sie Erfahrungen mit asiatischen Massageangeboten?

- keine
- positive _____
- negative _____

Befinden Sie sich zur Zeit in Behandlung eines Arztes oder Heilpraktikers?

- Ja Grund? _____
- Nein

Nehmen Sie momentan Medikamente gegen eventuelle Beschwerden?

- Ja Welcher Art? _____
- Nein

Betreiben Sie Sport?

- Ja Welcher Art? _____
- Nein

Ich befinde mich in folgendem körperlichen Zustand (bitte ankreuzen)

Beschwerdebilder / Symptome / Zustand	Nähere Informationen:
Herz/Kreislauf-Beschwerden	
Bluthochdruck – niedriger Blutdruck	
Atembeschwerden/Atemwegserkrankungen/Asthma	
schwerwiegendere Erkältung	
Inkontinenz	
Tinnitus	
Migräne	
Diabetes	
Beschwerden am Bewegungsapparat (z.B. Arthrose/Skoliose/BS-Vorfal	
neurologische Beschwerdebilder (z.B. Morbus Parkinson, Morbus Bechterew, MS, Neurofibromalgie o.ä.)	
Operation/Operationsnarben, Knochenbrüche, Unfallschäden (bis zu 1 Jahr alt	
SchwangerschaftWoche/.....Monat
hormonelle Störungen (Wechseljahrsbeschwerden/Schilddrüsenerkrankung)	
psychische Störungen/Depressionen	
Sonstiges	

Wichtiger Hinweis nach der Anwendung:

- Bitte viel klares Wasser trinken (1-2 Liter auf den Resttag verteilt)
- durch die auftretende Tiefenentspannung bitte vorsichtig am Straßenverkehr teilnehmen und körperliche Anstrengungen mind. 1 Std. nach der Massage vermeiden

Nebenwirkungen: Eventuell auftretende Schlaf- und Emotionsveränderungen, veränderte Körperausscheidung oder Sinnesstörungen, Nerven- oder Muskelschmerzen sind normale Reaktionen und nur vorübergehend.

Einwilligungserklärung

Ich habe die wichtigen Hinweise und eventuelle Nebenwirkungen zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass Anwendungen innerhalb der Yoga Energie Massage der Entspannung dienen und nicht zur Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, einer chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen und Verletzungen.

Meine Informationen über meinen Gesundheitszustand gebe ich freiwillig weiter und erkläre hiermit, außerhalb evtl. oben angekreuzten körperlichen Beschwerden physisch und psychisch gesund zu sein.

Gemäß DSGVO werden diese Daten nicht an Dritte weitergegeben und dienen nur zur internen Nutzung für meine Anwendungen.

Datum

Unterschrift des Klienten

