

Cupping & Gua Sha Einwilligung

Informed Consent für Cupping-Therapie und Gua Sha Behandlungen mit Erwartungen hinsichtlich Blutergüssen

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Behandlungsdetails

Angeforderte Behandlung(en) *

- ☐ Trockenes Schröpfen (stationär) ☐ Gleitendes / Massage-Schröpfen ☐ Feuer-Schröpfen
☐ Gua Sha

Behandlungsbereiche *

- ☐ Oberer Rücken / Schultern ☐ Unterer Rücken
☐ Nacken ☐ Beine
☐ Arme ☐ Gesicht (sanftes Schröpfen/Gua Sha)

Grund für die Behandlung *

Gesundheitliche Screening

Sind Sie derzeit schwanger? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Blutverdünner? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eines der folgenden im Behandlungsbereich?

- ☐ Sonnenbrand ☐ Offene Wunden oder verletzte Haut
☐ Aktive Hautinfektion oder Ausschlag ☐ Krampfadern
☐ Keine der oben genannten

Haben Sie eine Blutungsstörung? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Risiken & Erwartungen

Wichtig — Blutergüsse sind zu erwarten:

Schröpfen und Gua Sha erzeugen bewusst Markierungen auf der Haut. Dies ist ein normaler Teil der Behandlung.

Was zu erwarten ist:

- Schröpfmarkierungen erscheinen als kreisförmige Verfärbungen von hellem Rosa bis tiefem Violett
- Gua Sha-Markierungen erscheinen als rote, streifige Petechien (kleine Punkte)
- Markierungen halten typischerweise 3-10 Tage, abhängig vom Individuum und der Saugkraft
- Dunklere Markierungen deuten auf mehr Stagnation/Verspannung im Bereich hin
- Markierungen sind KEINE Verletzungen — sie sind eine therapeutische Reaktion

Mögliche Risiken:

- Blutergüsse und Hautverfärbungen (erwartet)
- Leichte Beschwerden während der Behandlung
- Blasenbildung (selten, bei zu starkem Saugen)
- Schwindel
- Verbrennungen (selten, bei Feuer-Schröpfen)
- Vorübergehende Verschlimmerung der Symptome

Nachsorge:

- Behandelte Bereiche 24 Stunden lang abgedeckt und warm halten
- Nach der Behandlung viel Wasser trinken
- 24 Stunden lang Kälteexposition, Schwimmen und intensive Übungen vermeiden
- Nicht schröpfen Sie denselben Bereich, bis die Markierungen vollständig verblasst sind

Ich verstehe, dass Schröpfen und Gua Sha sichtbare Markierungen (Blutergüsse, Verfärbungen) hinterlassen, die ein normaler Teil der Behandlung sind und in 3-10 Tagen verblasen.

Ich verstehe, dass Schröpfen/Gua Sha sichtbare Markierungen hinterlässt: _____

Ich bin über die Risiken und erwarteten Wirkungen der Schröpfen-/Gua Sha-Therapie informiert worden.

Ich verstehe die oben beschriebenen Risiken: _____

Behandlungsnotizen

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Bereich	Schröpftyp	Dauer
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Einwilligung & Unterschrift

Ich stimme der Schröpfen- und/oder Gua Sha-Therapie wie beschrieben zu. Ich verstehe, dass sichtbare Markierungen erwartet sind und keine Verletzung darstellen. Ich habe alle Gesundheitszustände offengelegt und entbinde den Therapeuten von der Haftung.

Ich bestätige, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung erteile.

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden: _____

Unterschrift

Datum

Name in Druckschrift

Datum *

TT / MM / JJJJ

Dieses Formular wurde kostenlos von Consentify bereitgestellt

Consentify wandelt Formulare wie dieses in digitale Einwilligungserklärungen um, die Ihre Kunden auf ihrem eigenen Telefon per QR-Code unterzeichnen – mit automatischen PDFs, Kontraindikations-Flaggen und verschlüsselter Speicherung.
Kostenloser Plan verfügbar unter <https://getconsentify.com>.

Nur eine Vorlage. Überprüfen Sie diese vor der Verwendung mit Ihrem eigenen zugelassenen Fachmann oder Rechtsbeistand; die Anforderungen variieren je nach Rechtsprechung und Praxis.