

Massage-Therapie-Aufnahme und Zustimmung

Gesundheitshistorie und informierte Zustimmung für Massage-Therapie- und Körperarbeitsdienste

Kundeninformationen

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Sitzungsdetails

Art der angeforderten Massage *

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Schwedisch / Entspannung | ☐ Tiefengewebsmassage | ☐ Sportmassage |
| ☐ Heisteinmassage | ☐ Triggerpunkt-Therapie | ☐ Myofasziale Freisetzung |
| ☐ Lymphdrainage | ☐ Reflexzonenmassage | ☐ Aromatherapie |
| ☐ Schrpfbehandlung | ☐ Empfehlung des Therapeuten | |

Druckvorliebe *

- | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Leicht | ☐ Mittel | ☐ Fest |
| ☐ Tief / Sehr Fest | | |

Schwerpunktbereiche / Anliegen

- | | |
|--|---|
| ☐ Kopf / Nacken | ☐ Schultern |
| ☐ Oberer Rücken | ☐ Unterer Rücken |
| ☐ Arme / Hände | ☐ Hüften / Ges |
| ☐ Beine / Füße | ☐ Ganzkörper — Gleichmäßiger Fokus |

Zu vermeidende Bereiche

Gesundheitshistorie

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- ☐ Hoher Blutdruck
- ☐ Herzerkrankung
- ☐ Diabetes
- ☐ Krebs (aktuell oder kürzlich)
- ☐ Vorgeschichte von Blutgerinnseln / TVT
- ☐ Osteoporose
- ☐ Arthritis
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Hauterkrankung (Ekzem, Schuppenflechte, Ausschlag)
- ☐ Krampfadern
- ☐ Bandscheibenvorfall oder Vorbeulung
- ☐ Keine der oben genannten

Sind Sie derzeit schwanger? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie kürzlich Verletzungen, Operationen oder Frakturen erlitten? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte beschreiben

Aktuelle Medikamente

Haben Sie Allergien gegen Öle, Lotionen oder Düfte? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte beschreiben

Zustimmung und Verzicht

Zustimmung zur Massage-Therapie:

1. Ich verstehe, dass Massage-Therapie keine medizinische Behandlung ersetzt.
2. Ich werde meinen Therapeuten über alle Beschwerden während der Sitzung informieren.
3. Ich verstehe, dass ich mich bis zu einem angenehmen Grad ausziehen kann und zu jeder Zeit angemessen bedeckt sein werde.
4. Ich stimme den mit meinem Therapeuten besprochenen Massiertechniken zu.
5. Ich verstehe, dass Massage gelegentlich Muskelkater, Blutergüsse oder Schwindel verursachen kann.
6. Ich habe alle relevanten Gesundheitszustände offengelegt und verstehe, dass das Zurückhalten von Informationen die Sicherheit meiner Behandlung beeinträchtigen kann.

Ich stimme der Massage-Therapie zu und habe alle relevanten Gesundheitsinformationen offengelegt.

Ich habe die obenstehende Zustimmung gelesen und stimme ihr zu: _____

Sitzungsnotizen

Nur für den internen Gebrauch

	Datum	Bereich	Technik	Druck
Eintrag 1				
Eintrag 2				
Eintrag 3				
Eintrag 4				
Eintrag 5				
Eintrag 6				

Zustimmung und Unterschrift

Ich stimme der Massage-Therapie wie beschrieben zu. Ich habe alle relevanten Gesundheitszustände offengelegt und verstehe Art und Zweck der Behandlung. Ich entbinde den Therapeuten von der Haftung.

Ich bestätige, dass ich die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden habe und meine informierte Zustimmung gebe.

Ich habe die obenstehenden 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.