

Einverständniserklärung für Pränatale Massage

Spezialisierte Einverständniserklärung für pränatale Massage mit trimesterspezifischem Screening und ärztlicher Genehmigung

Kundenangaben

Vorname *

Nachname *

E-Mail-Adresse *

Telefonnummer *

Geburtsdatum *

TT / MM / JJJJ

Schwangerschaftsinformationen

Erwarteter Geburtstermin *

TT / MM / JJJJ

Aktuelles Trimester *

- ☐ Erstes Trimester (Wochen 1-12) ☐ Zweites Trimester (Wochen 13-27)
☐ Drittes Trimester (Wochen 28-40)

Name des Frauenarztes/der Hebamme *

Telefonnummer des Frauenarztes *

Hat Ihr Arzt Sie zur Massage freigegeben? *

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Habe nicht gefragt

Screening der Schwangerschaftsgesundheit

Wurde Ihre Schwangerschaft als Hochrisikoschwangerschaft eingestuft? *

- ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eines der folgenden Symptome oder wurde bei Ihnen eines davon diagnostiziert?

- | | |
|---|--|
| ☐ Präeklampsie / Hoher Blutdruck | ☐ Gestationsdiabetes |
| ☐ Placenta previa | ☐ Frühgeburtsrisiko / Gebärmutterhalsschwäche |
| ☐ Blutgerinnsel / Tiefe Venenthrombose | ☐ Schwere Ödembildung / Schwellungen |
| ☐ Schwere Übelkeit / Hyperemesis | ☐ Keine der oben genannten |

Wo verspüren Sie Unbehagen?

Einverständniserklärung für pränatale Massage

Informationen zur pränatalen Massage:

- Sie werden zur Entspannung mit unterstützenden Kissen seitlich positioniert
- Bestimmte Druckpunkte (Knöchel, Handgelenke, zwischen Daumen und Zeigefinger) werden vermieden, da sie Wehen auslösen können
- Tiefe Baucharbeit wird NICHT durchgeführt
- Es werden schwangerschaftssichere ätherische Öle verwendet oder keine, wenn Sie das bevorzugen
- Wenn Sie Wehen, Schwindel oder Unbehagen verspüren, benachrichtigen Sie sofort Ihren Therapeuten
- Massage während der Schwangerschaft hat gezeigt, dass sie Stress reduziert, Muskelverspannungen verringert, die Durchblutung verbessert und besseren Schlaf fördert

Ich bestätige, dass ich meinen vollständigen Schwangerschaftsgesundheitsstatus offengelegt habe und die Richtlinien für pränatale Massage verstehe.

Ich verstehe die Richtlinien für pränatale Massage: _____

Sitzungsnotizen

Nur für den internen Gebrauch

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

Einverständniserklärung und Unterschrift

Ich stimme einer pränatalen Massagetherapie zu. Ich habe alle schwangerschaftsbezogenen Gesundheitszustände offengelegt und verstehe, dass bestimmte Techniken und Bereiche während der Schwangerschaft modifiziert oder vermieden werden. Ich 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.