Fragebogen Gesundheitszustand

Ausschluss von Kontraindikationen

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Um Ihnen eine Klangmassage anbieten zu können, ist es für mich als Anwenderin unablässig einige Dinge über Ihren Gesundheitszustand in Erfahrung zu bringen:

GESUNDHEITSZUSTAND	**Ja**	**Nein**
Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden / Narben?	◯	◯
Wurden Sie in den letzten Wochen operiert?	◯	◯
Liegen bei Ihnen Entzündungen an den Gelenken vor?	◯	◯
Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall? Wenn ja, wann?	◯	◯
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	◯	◯
Sind Sie schwanger? Monat:	◯	◯
Haben Sie Epilepsie?	◯	◯
Leiden Sie unter akuten Psychosen und / oder Angststörungen und / oder anderen schweren psychischen Störungen?	◯	◯

Ich habe verstanden, dass die Klangmassage der Erholung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dient. Sie kann dadurch präventiv Gesundheit erhalten. Ich verstehe, dass die Klangmassage keinen Ersatz für eine medizinische, psycho-therapeutische oder psychiatrische Behandlung darstellt und nur stattfinden kann, wenn ich keine der vorgenannten Fragen mit Ja beantwortet habe. Sollte bei den ersten sieben Fragen ein Ja vorliegen, entscheide ich mich für die Klangentspannung, da hier kein Körperkontakt stattfindet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass bei mir keine Erkrankungen der psychotischen und schizoiden Gruppe vorliegen.
Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies der Anwenderin der Klangmassage mitteilen muss.

Datum Unterschrift