

Anmeldebogen für Schwangerschaftsmassage

Bitte das Formular mit persönlichen Informationen ausfüllen

Datum: _____ Ort: _____

Persönliche Daten

Name _____

Telefon: _____

Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtstermin: _____

SSW aktuell: _____

Beruf (welche Tätigkeit?) _____

Medizinische Betreuung durch

Arzt /Ärztin _____

Hebamme: _____

Bist du während der Schwangerschaft krank geschrieben gewesen oder
aktuell krankgeschrieben? ja___ nein___

Wenn ja, weshalb? _____

Dies ist meine ___ Schwangerschaft und ich habe ___Kinder?

Gibt es in der jetzigen Schwangerschaft Komplikationen?

Wurde während der jetzigen Schwangerschaft eine
Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt?

Ja___ nein___ Wann?_____

*Achtung: nach einer Fruchtwasseruntersuchung darf erst nach einer Wartezeit von 2
Wochen massiert werden.

Fragen rund um die Massage

Sind Sie schonmal massiert worden? ja___ nein___

Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Weshalb möchten Sie massiert werden?

Gibt es besondere Beschwerden?

Welches Körperteil soll massiert werden?

Welche Position mögen Sie am liebsten? _____

Merkblatt für Kundinnen

- Die angebotene Schwangerschaftsmassage ist eine reine Wellnessanwendung, welche das Wohlbefinden harmonisiert.
- Ich stelle keine Diagnosen, empfehle keine Arzneimittel oder werde Sie keinesfalls veranlassen, ärztliche Behandlungen zu unterlassen oder abubrechen.

Wann spricht etwas gegen eine Schwangerschaftsmassage?

- Fieber, Erkältungssymptome
- Ungeklärte Unterleibsschmerzen Bauch
(vorzeitige Wehentätigkeit)
- Vaginale Blutungen
- Hautauschläge im zu massierenden Bereich
- Infektionen
- Entzündungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass bei mir keine der oben genannten Kontraindikationen vorliegen.

Ich habe das Merkblatt gelesen und akzeptiert.

Datum_____

Unterschrift_____