

## Anmeldeformular zur Schwangerenmassage

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse:

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtstermin: \_\_\_\_\_ SSW aktuell: \_\_\_\_\_

Sind Sie während der Schwangerschaft krankgeschrieben? \_\_\_\_\_

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Dies ist meine \_\_\_\_\_ Schwangerschaft und ich habe \_\_\_\_\_ Kinder.

Gab es in der aktuellen Schwangerschaft Komplikationen? \_\_\_\_\_

Wurde vor kurzem eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt? \_\_\_\_\_ Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_

**ACHTUNG: nach einer Fruchtwasseruntersuchung darf erst 2 Wochen später massiert werden!**

---

**Die Ausführung meiner Massage ist keine medizinische Behandlung, sondern eine reine Wellnessanwendung. Meine Anwendungen helfen bei Verspannungen und Stress durch ihren entspannenden und präventiven Charakter.**

**Bei gesundheitlichen Problemen und/oder wenn sie in ärztlicher Behandlung sind, ist eine Wellnessanwendung von Ihnen mit ihrem Arzt abzuklären.**

***Erklärung:***

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Sollte sich an meinen Angaben, s.o. etwas verändern werde ich sie vor meinem nächsten Termin informieren.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift