

Anmeldeformular zur Wochenbettmassage

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Handy: _____ Geburtsdatum: _____

Entbindungstermin: _____ Wie viele Kinder: _____

Natürliche Geburt: oder Kaiserschnitt:

Nachsorgehebamme: _____

Gibt es besondere Beschwerden?

Bestehen Allergien? _____

Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf mich Aufmerksam geworden? _____

Die Massagegebühr in Höhe von

60 Minuten | 75,- €

3 x 60 Minuten | 180,- €

wird

in bar bezahlt

per PayPal bezahlt

Merkblatt für Kundinnen

- Ich führe an Ihnen keine Behandlung im medizinischen Sinne durch. Die angebotene Wochenbettmassage ist eine reine Wellnessanwendung, welche Ihr Wohlbefinden harmonisiert
- Ich stelle keine Diagnosen, empfehle Ihnen keine Arzneimittel und werde Sie keinesfalls veranlassen, ärztliche Behandlungen zu unterlassen oder abubrechen.
- Liegen bei Ihnen Kontraindikationen für eine Wochenbettmassage vor, kann ich die Massage zu Ihrer eigenen Sicherheit nicht ausführen.
- Kontraindikationen:
 - o Akute Bauchschmerzen
 - o Übelkeit / Völlegefühl
 - o Hauterkrankungen
 - o Infektionen

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

Die AGB´s habe ich gelesen und akzeptiert.

Datum: _____ Unterschrift: _____