

Anmeldeformular zur Schwangerenmassage

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Handy: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtstermin: _____ SSW aktuell: _____

Medizinische Betreuung durch:

Arzt/Ärztin: _____

Hebamme: _____

Sind Sie während der Schwangerschaft krank geschrieben? _____

Wenn ja, weshalb? _____

Dies ist meine _____ Schwangerschaft und ich habe _____ Kinder.

Gab es in der aktuellen Schwangerschaft Komplikationen?

Bestehen Allergien? _____

Wenn ja, welche? _____

Wurde vor kurzem eine Fruchtwasseruntersuchung durchgeführt? _____

Wenn ja, wann? _____

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

Weshalb möchten Sie massiert werden? _____

Gibt es besondere Beschwerden? _____

Wie sind Sie auf mich Aufmerksam geworden? _____

Die Massagegebühr in Höhe von

60 Minuten | 75,- €

90 Minuten | 100,- €

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 Schwangerenmassage 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 Schwangerenmassage vor, kann ich die Massage zu Ihrer eigenen Sicherheit nicht ausführen.
- Kontraindikationen:
 - o Akute Venenthrombose
 - o Thromboseneigung
 - o Diabetes / Schwangerschaftsdiabetes
 - o Ungeklärte Unterleibschmerzen
 - o Vaginale Blutungen
 - o Hauterkrankungen
 - o Infektionen
 - o Risikoschwangerschaft
 - o Schwere Ödeme / Wassereinlagerungen

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

Die AGB´s habe ich gelesen und akzeptiert.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte halten Sie zum Termin Ihren Mutterpass bereit.