

Seite 1/2

Personalien

Name und Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telnr. _____ Mailadresse _____

Geb. Datum _____ Beruf _____

Behandlungsgrund _____

Krankenkasse

Grundversicherung KVG _____ Zusatzversicherung VVG _____

Hausarzt _____

Sind sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, welche?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ja

Nein

Diabetes

Epilepsie

Herz- Kreislauf Erkrankungen

welche _____

Gefässerkrankungen

welche _____

Thrombose / Embolie

Allergien / Hautunverträglichkeiten

welche _____

Krebs

Art _____

Infektionskrankheiten

welche _____

Asthma

Psychischen Krankheiten

welche _____

Andere Krankheiten

welche _____

Besteht eine Schwangerschaft

Seite 2/2

Ich bitte Sie, mich korrekt über ihren Gesundheitszustand zu informieren. Bitte teilen Sie mir mit, wenn sich ihr Gesundheitszustand verändert hat. Bitte klären Sie vor der Behandlung ab ob und wie viel Ihre Krankenkasse an Kosten übernimmt.

Liebe Frauen: Bitte teilt mir mit, wenn Ihr beabsichtigt Schwanger zu werden und die Massage in diese Zeit fällt. Während der ersten vier Monate einer Schwangerschaft ist besondere Vorsicht geboten.

Im Verhinderungsfall bitte ich Sie, sich spätestens 24h vorher abzumelden. Andernfalls muss ich die verpasste Behandlung verrechnen. Für verpasste Behandlungen wird kein Rückforderungsbeleg für die Krankenkasse erstellt bzw. die Sitzung wird als «verpasste Konsultation» deklariert.

Datum _____ Unterschrift _____

Sämtliche Informationen werden vertraulich behandelt!