

## Fragebogen

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

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei guter Gesundheit oder gibt es Beschwerden (körperlich, organisch, seelisch)?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Sind Sie aufgrund dieser oder anderer Beschwerden in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Nein  Ja. Weshalb? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aufgrund der aufgeführten Beschwerden Medikamente?

Nein  Ja. Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein  Ja. Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nein  Ja. Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?

Nein  Ja. Wann? \_\_\_\_\_

Ich habe verstanden, dass die Entspannungskurse bzw. die Klangmassage der Erholung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dienen. Die Teilnahme ersetzt keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Im Falle einer bestehenden Behandlung bestätige ich, dass ich die Teilnahme an diesem Kurs/dieser Klangmassage mit dem entsprechenden behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten abgeklärt habe. Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies der Kursleiterin/Anwenderin für Klangmassage mitteilen muss.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Fragebogen

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

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei guter Gesundheit oder gibt es Beschwerden (körperlich, organisch, seelisch)?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Sind Sie aufgrund dieser oder anderer Beschwerden in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Nein  Ja. Weshalb? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aufgrund der aufgeführten Beschwerden Medikamente?

Nein  Ja. Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein  Ja. Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nein  Ja. Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?

Nein  Ja. Wann? \_\_\_\_\_

Ich habe verstanden, dass die Entspannungskurse bzw. die Klangmassage der Erholung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dienen. Die Teilnahme ersetzt keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Im Falle einer bestehenden Behandlung bestätige ich, dass ich die Teilnahme an diesem Kurs/dieser Klangmassage mit dem entsprechenden behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten abgeklärt habe. Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies der Kursleiterin/Anwenderin für Klangmassage mitteilen muss.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Fragebogen

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

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei guter Gesundheit oder gibt es Beschwerden (körperlich, organisch, seelisch)?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Sind Sie aufgrund dieser oder anderer Beschwerden in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Nein  Ja. Weshalb? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aufgrund der aufgeführten Beschwerden Medikamente?

Nein  Ja. Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein  Ja. Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nein  Ja. Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?

Nein  Ja. Wann? \_\_\_\_\_

Ich habe verstanden, dass die Entspannungskurse bzw. die Klangmassage der Erholung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dienen. Die Teilnahme ersetzt keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Im Falle einer bestehenden Behandlung bestätige ich, dass ich die Teilnahme an diesem Kurs/dieser Klangmassage mit dem entsprechenden behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten abgeklärt habe. Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies der Kursleiterin/Anwenderin für Klangmassage mitteilen muss.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Fragebogen

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

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei guter Gesundheit oder gibt es Beschwerden (körperlich, organisch, seelisch)?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Sind Sie aufgrund dieser oder anderer Beschwerden in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Nein  Ja. Weshalb? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aufgrund der aufgeführten Beschwerden Medikamente?

Nein  Ja. Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein  Ja. Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nein  Ja. Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?

Nein  Ja. Wann? \_\_\_\_\_

Ich habe verstanden, dass die Entspannungskurse bzw. die Klangmassage der Erholung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dienen. Die Teilnahme ersetzt keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Im Falle einer bestehenden Behandlung bestätige ich, dass ich die Teilnahme an diesem Kurs/dieser Klangmassage mit dem entsprechenden behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten abgeklärt habe. Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies der Kursleiterin/Anwenderin für Klangmassage mitteilen muss.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Fragebogen

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

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei guter Gesundheit oder gibt es Beschwerden (körperlich, organisch, seelisch)?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Sind Sie aufgrund dieser oder anderer Beschwerden in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Nein  Ja. Weshalb? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie aufgrund der aufgeführten Beschwerden Medikamente?

Nein  Ja. Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein  Ja. Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation?

Nein  Ja. Welcher Art? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nein  Ja. Seit wann? \_\_\_\_\_

Haben Sie Epilepsie?

Nein  Ja \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?

Nein  Ja. Wann? \_\_\_\_\_

Ich habe verstanden, dass die Entspannungskurse bzw. die Klangmassage der Erholung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dienen. Die Teilnahme ersetzt keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Im Falle einer bestehenden Behandlung bestätige ich, dass ich die Teilnahme an diesem Kurs/dieser Klangmassage mit dem entsprechenden behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten abgeklärt habe. Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies der Kursleiterin/Anwenderin für Klangmassage mitteilen muss.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_