

Klangschalen Massage Fragebogen

Vorname, Nachname: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

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

Nein Ja _____

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

Nein Ja _____

Liegt eine Schwangerschaft vor?

Nein Ja _____

Hatten Sie in den letzten Wochen eine Operation? Oder ist ein Herzschrittmacher implantiert?

Nein Ja _____

Liegen akute Erkrankungen vor? (Epilepsie, Bandscheibenvorfall, Krebs, ...)

Nein Ja _____

Ich habe verstanden, dass die die Klangmassage der Erholung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dient und keine ärztliche, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung ersetzt. Mir ist bekannt, dass ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen die Klangmassage-Therapeutin darüber informieren muss.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____