

Anmeldeformular zur Schwangerschaftsmassage

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Handy: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtstermin: _____ SSW aktuell: _____

Medizinische Betreuung durch: _____

Arzt/Ärztin: _____

Hebamme: _____

Sind sie während der Schwangerschaft krankgeschrieben? _____

Wenn ja, weshalb? _____

Dies ist meine _____ Schwangerschaft und ich habe _____ Kinder.

Gab es in der aktuellen Schwangerschaft Komplikation? _____

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? _____

Merkblatt für Kundinnen

Schwangerschaftsmassage

- Ich führe an Ihnen keine Behandlung im medizinischen Sinne durch. Die angebotene Schwangerschaftsmassage 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 Schwangerschaftsmassage vor, kann ich die Massage zu Ihrer eigenen Sicherheit nicht ausführen
- Kontraindikationen:
 - Akute Venenthrombose
 - Thromboseneigung
 - Diabetes/ Schwangerschaftsdiabetes
 - Ungeklärte Unterleibschmerzen
 - Vaginale Blutungen
 - Hauterkrankungen
 - Infektionen
 - Risikoschwangerschaft
 - 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 bringen Sie zum Termin Ihren Mutterpass mit.