

Anmeldeformular zur Wochenbettmassage

Datum: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Handy: _____ Geburtsdatum: _____

Entbindungstermin: _____ Wie viel Kinder: _____

Natürliche Geburt:

oder Kaiserschnitt:

Nachsorgehebamme: _____

Gibt es besondere Beschwerden? _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Merkblatt für Kundinnen

Wochenbettmassage

- Ich führe an Ihnen keine Behandlung im medizinischen Sinne durch. Die angebotene Wochenbettmassage 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 Wochenbettschaftsmassage vor, kann ich die Massage zu Ihrer eigenen Sicherheit nicht ausführen
- Kontraindikationen:
 - Akute Bauchschmerzen
 - Übelkeit
 - Völlegefühl
 - Kaiserschnitt: erst wenn die Narbe gut verheilt ist

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

Die AGB`s habe ich gelesen und akzeptiert.

Datum _____ Unterschrift _____