



PERSONENDATENBLATT 1. BEHANDLUNG _____

Vor- & Zuname _____

Geb.-Datum: _____

ENERGETISCHE BEHANDLUNG

Die energetische Hilfestellung beschäftigt sich ausschließlich mit der Aktivierung und Harmonisierung körpereigner Energiefelder. Ich wurde darüber informiert und nehme zur Kenntnis, dass ich ausnahmslos energetische Beratung erhalte, die unter Zuhilfenahme von ätherischen Ölen und streichenden energetischen Berührungen auf der Haut oder ähnlichen gewerblichen erlaubten Methoden durchgeführt wird.

Dementsprechend stellt die energetische Beratung keinen Ersatz für ärztliche Diagnosen/Behandlungen sowie psychologisch/psychotherapeutische Behandlung oder Untersuchung dar. Sämtliche Ratschläge dienen rein zur energetischen Zustandsbeschreibung und ich habe mich für Diagnosen und Therapien an meinen Arzt zu wenden.

KLASSISCHE MASSAGE

Die angebotenen Maßnahmen stellen keine Heilbehandlung dar und sind somit kein Ersatz für ärztliche Diagnosen und Behandlungen. Sämtliche Ratschläge dienen rein zur aktuellen Zustandsbeschreibung und ich habe mich für Diagnosen und Therapien an meinen Arzt zu wenden.

FIT CHECK - AKTUELLER GESUNDHEITZUSTAND *notwendige Hilfestellung für die weitere Beratung.*

ich bin tätig als (muss schwer heben, viel sitzen..)

 ich bin aktuell in ärztlicher/therapeutischen Behandlung, weil

 ich hatte vor kurzen eine energetische Behandlung/Massage, weil

 ich nehme zur Zeit Medikamente für

 ich leide an einer kurzzeitig für die Behandlung relevanten Diagnose (zB Sonnenbrand, Hautkrankheit, Fußpilz, akute Migräneattacke, Verspannungen...) / was und wo:

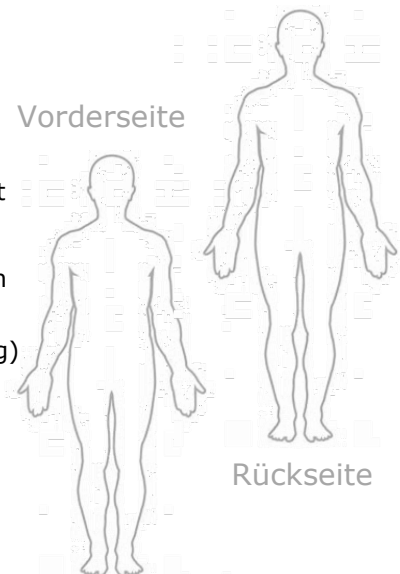
 ich bin Allergiker (Medikamente, Lebensmittel, Massageöle/-Lotion o.ä.)

AKUTE KONTRAINDIKATION
(nach ärztlicher Bestätigung/Anweisung)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> akute Fiebererkrankung _____ | <input type="checkbox"/> akute Entzündung _____ |
| <input type="checkbox"/> Impfung 2-3 Tage _____ | <input type="checkbox"/> Tumor, Krebs _____ |
| <input type="checkbox"/> fortgesch. Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Thrombosen |
| <input type="checkbox"/> Lymphangitis | <input type="checkbox"/> Rheuma akuter Schub |
| <input type="checkbox"/> akute psychische Störung _____
(Ängste, Panikattacken, starke Depression) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige akute Erkrankung(en) _____ | |
| <input type="checkbox"/> keine vorliegende akute Erkrankung(en) | |

RELATIVE KONTRAINDIKATION

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft: _____ | |
| <input type="checkbox"/> arterielle Durchblutungsstörung: _____ | |
| <input type="checkbox"/> aktuelle Infekte: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern (herausstehend:) _____ | |
| <input type="checkbox"/> ausgeartete Muttermale: _____ | |
| <input type="checkbox"/> herausstehende Warzen: _____ | |
| <input type="checkbox"/> neurologische Ausfallerkrankung | <input type="checkbox"/> PAVK Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Wundheilungsstörung | <input type="checkbox"/> Diabetikerfüße |
| <input type="checkbox"/> Morbus Sudeck St. LI | <input type="checkbox"/> Muskelspasmen |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck? <input type="checkbox"/> hoch _____ <input type="checkbox"/> niedrig _____ | |
| <input type="checkbox"/> Gelenksprothesen <input type="checkbox"/> Myomen (Klangschale nach Arztbestätigung) | |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme, Herzrhythmusstörungen
(Klangschale nur nach Absprache mit dem Hausarzt) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige relative Erkrankung(en)/Kontraindikation(en)
_____ | |
| <input type="checkbox"/> keine vorliegende relative Erkrankung(en) | |



Allgemeine Datenschutzbestimmung (nach DSGVO) :

- Mir ist bewusst, dass die Aufnahme meines Gesundheitszustandes als Basis für die Behandlung(en) dient.
- Meine Daten werden stets vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, ausgenommen ich wünsche es, oder die Behandlung(en) wird von einer/s Kollegen/in – Mitarbeiters/in von Traumfabrik – Wohlfühlloase Katharina Swoboda ausgeführt, der/dem die Daten als Grundbasis dienen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass das Gesundheitsdatenblatt in den Geschäftsräumen abgelegt werden und nicht für Dritte zugänglich gemacht werden, bis auf Widerruf

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und bestätige, dass der obige Inhalt gelesen, inhaltlich verstanden wurde und ich zustimme.

Ort, Datum

Unterschrift Klient

Gesundheitsaufnahme (Änderungen) Folgebehandlungen:

Datum:	Vermerk:
Unterschrift Klient:	
Datum:	Vermerk:
Unterschrift Klient:	
Datum:	Vermerk:
Unterschrift Klient: :	
Datum:	Vermerk:
Unterschrift Klient:	
Datum:	Vermerk:
Unterschrift Klient:	
Datum:	Vermerk:
Unterschrift Klient:	