**Thai Schulter-Nacken-Massage**

Die Schulter-Nacken-Massage konzentriert sich auf die Muskelgruppen des oberen Rückens sowie auf die rückwärtige Hals-u. Nackenmuskulatur. Vor allem bei sitzenden Tätigkeiten (Büro,Computer) ist dieser Bereich häufig verspannt, was zu Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen führen kann.

Durch eine gezielte Massage mit traditionellen und bewährten Dehnungen, Drehungen und intensivem Druck auf die Akkupressurpunkte werden die Muskeln entspannt und die Durchblutung angeregt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Kunden!

Dieser Fragebogen hilft mir dabei gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie alle Fragen gewissenhaft und weisen mich auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin. Selbstverständlich werden ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation oder Knochenbruch?

Wenn ja, wo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ja ☐ Nein ☐

Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden?

Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie derzeit Probleme an der Halswirbelsäule / Lendenwirbelsäule?

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Gelenkprothesen?

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Gelenkprobleme (frühere Verrenkungen oder Ausrenkungen von Gelenken?)

Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Rheuma?

Wenn ja welches und was ist betroffen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Gicht?

Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie Beschwerden in den Gelenken?

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie an Osteoporose? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie eventuell Allergiker? Ja ☐ Nein ☐

Leiden sie unter Migräne? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie unter zu hohem Blutdruck? Ja ☐ Nein ☐

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Ja ﬦ Nein ﬦ

Bestehen Gefäßerkrankungen wie z.B. Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung?

Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie Diabetiker? Ja ☐ Nein ☐

Wurden bei Ihnen Krebs oder Geschwürbildungen diagnostiziert? Ja ☐ Nein ☐

Leiden Sie unter Hauterkrankungen ? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie schwanger? Ja ☐ Nein ☐

Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode? Ja ☐ Nein ☐

Haben sie innerhalb der letzten sechs Monate ein Kind geboren? Ja ☐ Nein ☐

Sonstige gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich habe über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Ich bin damit einverstanden, dass die Massage auf eigene Gefahr durchgeführt wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift