**Traditionelle Thai-Fußreflexzonen-Massage**

In Thailand gehört die Fußreflexzonen Massage zum Alltag. Sie wird als wirkungsvolle Akupressur Anwendung zur Belebung der inneren Organe angesehen.

Die Energie kann in einem gesunden Körper über die Meridiane frei fließen und jeden Körperbereich versorgen. Der Energiefluss ist bei Beschwerden oder Krankheit blockiert.

Die traditionelle Thai Fußreflexzonenmassage stimuliert die Aktivität der inneren Organe über einen gesteigerten Energiefluss der Meridiane und verbessert die Blut- und Lymphzirkulation. Sie wirkt vorbeugend und lindert Beschwerden und Krankheiten wie Kopfschmerzen, Verstopfung, Verspannungen, Migräne und Asthma. Es werden Verspannungen und Blockaden im ganzen Körper gelöst. Dies führt zu einer Balance des Körpersystems. Eine Methode zur Harmonisierung und Regeneration des Körpers sowie zur Aktivierung der Lebensenergie.

Mit einer präzisen Druckmassage werden alle Blockaden und Verspannungen im gesamten Körper gelöst und der Energiefluss wird gesteigert. Der Fussreflexzonenmassage Stab hilft wichtige Punkte intensiver zu behandeln. Neben dem körpereigenen Abwehrsystem werden auch die Selbstheilungskräfte stimuliert.

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

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