



Rebalancing Massage • Doreen Kosberg  
Up den Wiemen 40b, 21077 Hamburg  
Tel. 0176 - 51 16 25 24  
E-Mail: doreenkosberg@gmail.com  
www.my-rebalancing.de

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Mit der Zusendung von Angeboten oder Newslettern per E-Mail oder WhatsApp bin ich einverstanden.  
(Falls nicht, entsprechendes bitte streichen.)

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?  Internet  Flyer  Empfehlung von \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Anliegen? Was möchten Sie verbessern? \_\_\_\_\_

Welche Art von Massage/Körperarbeit kennen Sie bereits? \_\_\_\_\_

Was hat Ihnen daran gefallen? \_\_\_\_\_

Möchten Sie die Wirkung Ihrer Massage mit ätherischen Ölen vertiefen? \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Sollten Sie unter einem der folgenden Beschwerden leiden, halten Sie bitte ggf. vor der Massage Rücksprache mit Ihrem Arzt/Hausarzt.**

Leiden Sie an einer der unten aufgeführten Beschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenprobleme                    | <input type="checkbox"/> Diabetes                |
| <input type="checkbox"/> Knochenerkrankungen/Osteoporose         | <input type="checkbox"/> Fußpilz                 |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Rheuma/allgem. Entzündungen   | <input type="checkbox"/> Epilepsie               |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen/Traumata        | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne   |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufferkrankungen            | <input type="checkbox"/> Nieren-/Leberleiden     |
| <input type="checkbox"/> Krebs                                   | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen/ausstrahlende Schmerzen | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck         |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen                    | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck     |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern                             | <input type="checkbox"/> Thrombose               |
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten                 | <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten        |
| <input type="checkbox"/> O akute Schmerzen: _____                | <input type="checkbox"/> O Sonstige: _____       |

Hatten Sie in den letzten Monaten eine OP?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Unfälle?  Nein  Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie Prothesen/künstl. Gelenke?  Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  Nein  Ja:  Kortison  Blutverdünner  Andere \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Für weibl. Kunden: Sind Sie schwanger?  Nein  Ja  ich bin mir unsicher

Treiben Sie regelmäßig Sport?  Nein  Ja, welchen? \_\_\_\_\_

Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja, wieviel tägl.? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?  Nein  Ja, selten  Ja, häufig

Wie ist Ihre Schlafqualität?  gut  ich schlafe schlecht ein  ich schlafe schlecht durch

### **Wichtig:**

Bitte geben Sie mir Bescheid, wenn sich zwischenzeitlich etwas verändern sollte. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Meine Körperarbeit, Massagen und sonstige Anwendungen dienen der Steigerung des Wohlbefindens, der Leistungsfähigkeit und unterstützen die Aktivierung Ihrer Selbstheilungskräfte. Ich übe keine Heilkunde aus und gebe keine Heilversprechen. Die Verantwortung zur Genesung oder Heilung liegt bei Ihnen selbst. Die Massage erfolgt auf eigenen Wunsch und Verantwortung.

Terminvereinbarungen sind verbindlich. Bitte sagen Sie rechtzeitig Bescheid, falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, **spätestens jedoch 24 Stunden vorher**. Ansonsten behalte ich mir vor, den Verdienstausschlag in Rechnung zu stellen. Bei Verspätungen ihrerseits geht dies zu Lasten der gebuchten Behandlungszeit.

**Eine praktische Bitte:** Für ein ganzheitliches Erlebnis verwende ich hochwertige, kaltgepresste Massageöle und auf Wunsch natürliche ätherische Öle. Damit diese in voller Kraft und unverfälscht in einem duftneutralen Raum für Alle wirken können, bitte ich Sie, **unparfumiert** zu Ihrem Termin zu erscheinen. Vielen Dank für ihr Verständnis.

Bitte erklären Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie alle Hinweise zur Kenntnis genommen haben und alle von Ihnen gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Vielen Dank.

---

Ort/Datum

Unterschrift