

Petra Rabe

Anamnese-Fragebogen

Fachpraktikerin
TEL: 017641868583

Ueckermünderstr. 19
17367 Eggesin
E-Mail: InBalance17367@gmail.com



Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, sie werden nicht elektronisch erfasst oder an Dritte weitergegeben, sie werden nur manuell vertraulich abgelegt.

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Tel. Nr.: _____
Straße: _____ E-Mail: _____
PLZ/Ort: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft!
Sollten Sie einen der folgenden Punkte mit „Ja“ beantworten, halten Sie bitte vor der Massage und/oder dem gewünschten Prävention-Wellness-Programm Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt!
Vielen Dank.

Wichtig!

Meine Prävention-Wellness-Anwendungen (Massagen, Hypnose, Entspannungsanwendung, Programme und sonstige Anwendungen) ersetzen keinen Arzt oder Heilpraktiker. Ich unterstütze mit meiner Arbeit die Aktivierung Ihrer Selbstheilungskräfte Die Verantwortung zur Genesung oder Heilung über Ihren Körper liegt bei Ihnen selbst.

Ich möchte die Fragen nicht beantworten und nach meinen Wünschen, auf eigene Verantwortung massiert werden. (Gültig nur für Massagen.)

Ort, Datum:

Unterschrift: