

# Kunden- und Informationsblatt



Liebe Kundin, lieber Kunde

Bevor wir mit der ersten Sitzung beginnen können, bitte ich Sie folgendes Blatt durchzulesen und die fehlenden Informationen zu ergänzen, vielen Dank.

Name:

Vorname:

Strasse:  PLZ/Ort:

Telefonnummer:  Geb. Datum:

Email<sup>1</sup>:

Krankenkasse:  (Zusatzversicherung)

Beruf:

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

## Folgende Informationen sind wichtig zu wissen und zu beachten:

- Damit eine Massage Ihre Beschwerden lindert, ist eine Regelmässigkeit der Massage erforderlich, es kann jedoch kein Versprechen auf eine Heilung gemacht werden
- Sollten Sie in Ärztlicher Behandlung sein, muss vor der ersten Sitzung mit dem Arzt Rücksprache genommen werden, ob eine Massage keinen negativen Einfluss auf die Behandlung hat
- Es werden keine Diagnosen gestellt
- Treten während der Sitzung Beschwerden auf, müssen diese sofort besprochen werden
- Treten nach der Sitzung Beschwerden auf, muss dies unverzüglich bei der nächsten Sitzung mitgeteilt werden
- Sollten Sie in der Zwischenzeit in Ärztliche Behandlung kommen, muss dies zwingend bei der nächsten Sitzung mitgeteilt werden
- Sind Sie in Ärztlicher Behandlung? JA  (weswegen )/ NEIN

- Sind Sie schwanger? JA  (in welcher Woche? )/ NEIN   
\* Zustimmung des behandelnden Arztes liegt vor? JA / NEIN   
\* Therapie wird auf eigene Verantwortung der Klientin vorgenommen: JA / NEIN   
\* Klientin wurde über allfällige Risiken informiert. JA / NEIN

- Die Bezahlung erfolgt unmittelbar nach der Behandlung in bar.

Datum:  Unterschrift: \_\_\_\_\_

House of Health Ursula Nauli | Loren-Allee 16 | 8610 Uster | [www.house-of-health.ch](http://www.house-of-health.ch)

<sup>1</sup>Wird für die Terminbestätigung/-erinnerung von Termin2go.ch (notwendig für Termine) den Versand der quartalsmässigen Rechnung durch healthadvisor.ch und des quartalsmässigen Newsletter (mailchimp.com) verwendet

einverstanden,  
 einverstanden  
 einverstanden.

**Nicht ausfüllen! Wird beim ersten Termin von Ursula Nauli ausgefüllt**

**1. Behandlung:** \_\_\_\_\_ **Was für eine Behandlung:** \_\_\_\_\_

**Unfall?**  JA (was für ein Unfall? \_\_\_\_\_) (Folgeschäden \_\_\_\_\_) /  NEIN

**Krankheiten?**  JA (Was für Krankheiten \_\_\_\_\_) /  NEIN

**Schleudertrauma**  JA /  NEIN

**Bandscheibenvorfall**  JA /  NEIN

**In einer anderen Therapie?**  JA (was für eine \_\_\_\_\_) /  NEIN

**Operationen?**  JA (was für eine \_\_\_\_\_) /  NEIN

**Welche Beschwerden sind vorhanden?**

---

---

---

---

---

---

---

**Gibt es irgendwas was ich zwingend wissen muss?**

---

---

---

---

---

---

---

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---