

Anmeldebogen zur Wochenbettmassage



Datum der Massage: _____ Uhrzeit: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Handynummer: _____

Entbindungstermin: _____

Frauenarzt: _____

Nachsorgehebamme: _____

Ich habe _____ Kinder

Natürliche Geburt ☐ oder Kaiserschnitt ☐

ACHTUNG: nach Kaiserschnitt erst, wenn die Narbe gut verheilt ist, das Druckgefühl nachgelassen hat und das OKAY der Hebamme oder des Frauenarzt gegeben wurde

Gibt es besondere Beschwerden oder Verspannungen? _____

Liegen Allergien (gegen bestimmte Öle, Düfte) vor? _____

Wie bist du auf mich aufmerksam geworden? _____

Die Massagegebühr in Höhe von 80,00 € + die Fahrtkosten in Höhe von _____ € werden

☐ Bar bezahlt ☐ Gutschein _____ € Gesamtbetrag

Merkblatt für Kundinnen



- Ich führe an Ihnen keine Behandlung im medizinischen Sinne durch.
Die angebotene Wochenbettmassage ist eine reine Wellnessanwendung, welche Ihrem Wohlbefinden dient.
- Ich stelle keine Diagnosen, empfehle Ihnen keine Arzneimittel und werde Sie keinesfalls veranlassen, ärztliche Behandlungen zu unterlassen oder abubrechen.
- Liegen bei Ihnen Kontraindikationen für die Wochenbettmassage vor, kann ich die Massage zu Ihrer eigenen Sicherheit nicht ausführen.

Kontraindikationen :

- akute Bauchschmerzen
- Übelkeit
- Völlegefühl
- Kaiserschnitt: erst, wenn die Narbe gut verheilt ist!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir keine der oben aufgeführten Kontraindikationen vorliegen und ich mit dem Merkblatt einverstanden bin.

Die AGB's auf der Website habe ich gelesen und akzeptiert.

Anmerkung:

Stornierungen von Terminen mehr als 24 Stunden vorher sind kostenfrei. Bereits bezahlte Gebühren werden zurückerstattet. Eine Stornierung weniger als 24 Stunden vor dem Termin muss in Rechnung gestellt werden (75€). In diesem Fall wird ein Gutschein ausgestellt.

Der Rechnungsbetrag muss innerhalb von 14 Tagen nach Termin oder Stornierung bezahlt werden.

Datum/ Ort

Unterschrift