

One Day BS Massage Schwangerschafts-Massage

bitte das Formular mit persönlichen und vertrauten Informationen ausfüllen

Datum: _____ Ort: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Entbindungstermin: _____

SS-Woche Stand heute: _____

Beruf (welche Tätigkeit?): _____

Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____

Email: _____

Während der Schwangerschaft krank geschrieben: ja__ nein__

Wenn ja weshalb? _____

Arbeitsverbot? _____

Vorgeschichte

Frühere Schwangerschaft: _____

Komplikationen?

Ja _____ Nein _____

Wenn Ja: _____

Aktuelle Schwangerschaft Komplikationen

1. Trimester: _____

2. Trimester: _____

3. Trimester: _____

Allergien oder andere Krankheiten? _____

Untersuchungen Rund um das Baby: _____
(Evtl. den Mutterpass mitbringen!)

Untersuchungen erfolgt/Datum: _____

Ultraschall letztes Datum: _____

Perzentile vom Baby: _____

Veränderungen an der Plazenta: _____ Wenn ja welche? _____

Fruchtwasseruntersuchung: _____ Wenn ja wann? _____

Gab es Veränderungen? _____ Wenn ja, welche? _____

Achtung: nach einer Fruchtwasseruntersuchung darf erst 2 Wochen später massiert werden und es darf in dieser zeit auch kein Sport gemacht werden!

Fragen rund um die Massage:

Sind sie schon einmal massiert worden? _____

Welche Erfahrungen haben sie dabei gemacht? _____

Weshalb möchten sie massiert werden? _____

Gibt es besondere Beschwerden? _____

Welcher Körperteil soll massiert werden? _____

Welche Position mögen sie am liebsten? _____

Sonstiges? _____

Von wem wurden sie empfohlen? _____

Datum/ Unterschrift _____

Bewertung: _____