



Auszeit nur für Dich!

## Klientenfragebogen Lomi Lomi Nui Massage

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Telefonnummer:	E-Mail Adresse:
----------------	-----------------

Um bei einer Lomi Lomi Nui Massage möglichst tief entspannen zu können, ist es für mich als Therapeut hilfreich, einige Kontraindikationen abzuklären.

Gibt es aktuell akute Körperliche Beschwerden? Wenn Ja, welche?

Haben Sie Schmerzen oder frische Wunden?

Liegt eine Schwangerschaft vor? Ja / Nein	Hast du in der letzten Wochen eine Operation? Ja / Nein	Hast du eine unverträglichkeit gegen Massageöle? Ja / Nein
Hast du Epilepsie? Ja / Nein	Ist bei Ihnen eine psychische Erkrankung bekannt? Ja / Nein	Hast du eine Muskelerkrankung? Ja / Nein
	Hast du einen akuten Bandscheibenvorfall? Ja / Nein	Hast du eine ansteckende Hautkrankheit? Ja / Nein

Ich habe verstanden, dass die Lomi Lomi Nui der Erholung , der Harmonisierung, dem Stressabbau und dem Wohlbefinden dient. Sie kann dadurch präventiv die Gesundheit erhalten.

Ich verstehe das die Lomi Lomi Nui Massage keinen Ersatz für medizinische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen darstellt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, das bei mir keine Erkrankung der psychotischen und schizoiden Gruppe vorliegen. Mir ist bekannt das ich für mein eigenes Wohlbefinden verantwortlich bin und bei Unwohlsein oder Schmerzen dies dem Therapeut für die Lomi Lomi Nui Massage umgehend mitteilen muss.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------