

**Fragebogen vor der Behandlung mit [X-PRESSION bei Harmonie in Frohnau](#)**

Name der Kundin / des Kunden: \_\_\_\_\_

Ort / Datum : \_\_\_\_\_

Name der beratenden Person : \_\_\_\_\_

**Allgemein:**

1. Leiden Sie an einer **akuten** oder **chronischen Erkrankung**?  nein  ja
2. Leiden Sie unter **Gefäßerkrankungen** oder **Thrombose**?  nein  ja
3. Leiden Sie an einer schwerwiegenden **Stoffwechselerkrankung**?  nein  ja
4. Leiden Sie an **zu hohem oder zu niedrigem Blutdruck**?  nein  ja
5. Haben Sie ein **Herzleiden** oder einen **Herzschrittmacher**?  nein  ja
6. Leiden Sie unter einer **Leber-** oder **Nierenerkrankung**?  nein  ja
7. Besteht bei Ihnen eine **Schwangerschaft**?  nein  ja
8. Leiden Sie unter **Tinnitus** oder dem **Karotisinus-Syndrom**?  nein  ja
9. Leiden Sie an einer **Krebserkrankung**? (wenn ja, bitte Arzt befragen)  nein  ja
10. Haben Sie ein **Lymphödem**? (hier sollte manuelle Lymphdrainage durchgeführt werden)  nein  ja

**Lokal:**

1. Haben sie **Verbrennungen** oder **offene Wunden** im zu behandelnden Bereich?  nein  ja
2. Haben sie **Pilzinfektionen** oder **Hämatome** im zu behandelnden Bereich?  nein  ja
3. Haben sie **bakterielle** oder **virale Infektionen der Haut** im zu behandelnden Bereich?  nein  ja
4. Haben Sie einen **akuten Bandscheibenvorfall** im unteren Rücken?  nein  ja

**Speziell im Bauchbereich:**

1. Haben sie ihre **Menstruation**?  nein  ja
2. Leiden Sie unter akuten **Darmerkrankungen**  nein  ja
3. Leiden Sie an einem **Aneurysma** (Erweiterung der Bauchaorta)?  nein  ja

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen meines Gesundheitszustandes insbesondere bezüglich der oben gestellten Fragen vor jeder Behandlung der behandelnden Person mitzuteilen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Wichtige Informationen:**

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des

Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Dass ich dieses Dokument jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Firma Semaco Sun Sky GmbH (Vertragspartner) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basisstarifen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen, verstanden und akzeptiert habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

---

**Bitte behalten Sie Ihren Behandlungstermin ein!**

---