



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

GESUNDHEITLICHE ANGABEN

☐ Welche Sportarten werden regelmäßig betrieben?

☐ Gibt es Bewegungseinschränkungen?

☐ Leidest Du unter chronischen Erkrankungen? Wenn ja welche?

☐ Besteht eine Schwangerschaft? Voraussichtlicher Entbindungstermin?

☐ Welche Medikamente nimmst du? _____

☐ Hattest Du vor kurzem einen Unfall oder eine Operationen? Welcher Art?

☐ Sind bestimmte Yogaübungen oder Dehnungen unangenehm/schädlich?

☐ Befindest du dich aktuell in ärztlicher/ heilpraktischer Behandlung? Wenn ja warum?

Bitte kreuze an, ob du unter nachfolgenden Krankheiten leidest:

- ☐ Allergien
- ☐ Aneurysma (Ausweitung) der Aorta
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Frakturen (Brüche)
- ☐ Frühere Luxationen oder Verrenkungen
- ☐ Gelenkprobleme/-erkrankungen
- ☐ Halswirbelprobleme
- ☐ Hämophilie (Blutkrankheit)
- ☐ Hernien/ Weichteilbrüche
- ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Krebs
- ☐ offene Wunden oder Schnitte
- ☐ Operative Eingriffe
- ☐ Osteoporose
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Thrombosen/ Ödeme
- ☐ Verstopfung
- ☐ momentane Menstruationsbeschwerden
- ☐ sonstige gesundheitliche Einschränkungen:

Einwilligungserklärung:

Ich weiß, dass eine Thai Yoga Massage der Entspannung dient und nicht zur Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, einer chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen. Ich habe meinen Thai Yoga Masseur über meinen Gesundheitszustand informiert, und ihm die Empfehlung oder Einschränkung bezüglich einer Thai Yoga Massage, die mir mein Arzt oder Therapeut genannt hat, weitervermittelt.

Datum: _____

Unterschrift: _____