** Fragebogen vor dem**

**MMS - Eduard Rolheiser**

**Bleriotstraße 36**

**86159 Augsburg**

**Mobil: 0176 1014 7332**

**E-Mail:** **rolheiser1976@gmail.com**

**Web.** [**www.massage-rolheiser.com**](http://www.massage-rolheiser.com)

 **Anti-Cellulite-Programm**

 **Name:** **Vorname(n):**

**Geburtsdatum:** **PLZ / Wohnort:**

 **Straße / №** **Telefon / Mobil-№**

**E-Mail:** **Gewicht / Größe:**

 **Beruf:** **Hobby:**

**Fragen vor dem Anti-Cellulite-Programm**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich! Diese Daten werden nicht elektronisch gespeichert oder an Dritte weitergegeben, sondern vertraulich in Papierform aufbewahrt.

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

(z. B. Krampfadern, Thrombophlebitis, Bluthochdruck)? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Krebserkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Diabetes mellitus? Ja Nein

Wenn ja, welcher Typ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Erkrankungen der Schilddrüse? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien, Hauterkrankungen (z. B. Dermatitis, Ekzeme, Psoriasis),

offene Wunden, Abschürfungen oder

frische Narben im Bereich der vorgesehenen Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wann hatten Sie Ihre letzte Menstruation und gibt es Verzögerungen?

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie kürzlich Operationen, insbesondere im Bereich

des Bauches, der Oberschenkel

oder des Gesäßes? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, wie oft und welche Sportart?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie schädliche Gewohnheiten (Rauchen, Alkohol)? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie in letzter Zeit Injektionen (z. B. Mesotherapie) oder andere

apparative Behandlungen am Körper vorgenommen?

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ja Nein

Nehmen Sie orale Kontrazeptiva ein oder unterziehen Sie sich einer

Hormontherapie? Ja Nein

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?

Ausgewogen Unregelmäßig Fettreich

Wie oft am Tag nehmen Sie Mahlzeiten zu sich?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie hoch ist Ihr Stresslevel im Alltag?

Gering Mittel Hoch

Was genau möchten Sie mit dem Kurs erreichen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits ähnliche Anti-Cellulite-Programme absolviert?

Wenn ja, wie war das Ergebnis und was hat Ihnen gefallen/nicht gefallen?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zustimmung und Unterschrift:

Dies ist der formelle und rechtlich wichtige Abschluss des Fragebogens.

Datenschutzerklärung: Hiermit bestätigen Sie, dass Sie die Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß der DSGVO zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

Einverständniserklärung zur Durchführung des Anti-Cellulite-Programms: Hiermit bestätigen Sie, dass Sie über das Anti-Cellulite-Programm informiert wurden, alle Fragen beantwortet wurden und Sie mit der Durchführung einverstanden sind.

Haftungsausschluss: Achtung! Sie haben den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt und wurden über alle wichtigen Aspekte des Anti-Cellulite-Programms informiert.

**Datum und Unterschrift des Kunden \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**