

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

1. GESUNDHEITZUSTAND

Ich bestätige, dass ich **keine** der folgenden Erkrankungen oder Einschränkungen habe:

- Akute Entzündungen oder Infektionen der Haut
- Offene Wunden, Sonnenbrand oder frische Narben
- Sehr empfindliche oder dünne Haut
- Blutgerinnungsstörungen oder Einnahme von Blutverdünnern
- Herzschrittmacher (bei Schröpfen am Nacken/Rücken)
- Schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Krampfadern (nicht direkt drauf schröpfen)
- Tumorerkrankungen (nur nach Absprache mit Arzt)
- Schwangerschaft (nur nach Rücksprache, bestimmte Zonen meiden)
- Diabetes oder Epilepsie
- Starker Erschöpfung oder Fieber

Sollte einer dieser Punkte auf mich zutreffen, informiere ich das Studio vor dem Eingriff. Mir ist bewusst, dass in solchen Fällen der Eingriff abgelehnt werden kann.

3. AUFKLÄRUNG ÜBER DEN EINGRIFF

- Schröpfen kann zu Hautverfärbungen (blaue/purpurne Flecken) führen, die mehrere Tagen sichtbar bleiben
- Leichte Reizungen, Druckempfindlichkeit oder Muskelkaterähnliche Beschwerden sind möglich
- Die Behandlung ersetzt nicht den Besuch beim Arzt oder Heilpraktiker
- Selten Kreislaufreaktionen (Schwindel, Übelkeit)

4. NACHSORGE

- Ruhe gönnen - der Körper arbeitet nach, also keine starke körperliche Belastung
- Viel Wasser trinken - fördert den Abtransport von Schlacken & Lymphfluss
- Die geschöpften Stellen warm halten, aber nicht überhitzen (z. B. durch Wärmflasche)
- Haut pflegen, z. B. mit milden Öl oder Aloe Vera
- Auf den Körper hören - Müdigkeit oder leichte Schmerzen sind normal

5. EINWILLIGUNG UND HAFTUNGS AUSSCHUSS

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass die Schröpfmassage auf mein eigenes Risiko durchgeführt wird.

Mir sind die Wirkung sowie die Nebenwirkungen und Risiken bekannt und ich habe die Möglichkeit gehabt, Fragen zu stellen.

Auch die Nachsorge wurde mir ausführlich erklärt und ich habe diese verstanden.

Ich entbinde die Behandlerin von jeglicher Haftung, soweit nicht grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz vorliegt.

Würzburg, den: _____

Unterschrift: _____