

## MA-URI-Massage-Fragebogen

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

☸ Aus welchem Grund wünschen Sie eine MA-URI-Massage? z.B.  
Konzentrationsstörungen, Erschöpfung, Mir-was-Gutes-tun-wollen,  
Kennenlernen einer mir bis dahin unbekanntem Methode?

.....

☸ Gibt es etwas, auf das zu achten ist ?  
z.B. stattgehabte Brüche, Operationen, Kontusionen ?  
Bewegungseinschränkungen? Wenn ja, welche?

☸ .....

☸ .....

Leiden Sie unter einer bestimmten Erkrankung? wenn ja, welcher?

☸ .....

.....

Leiden Sie evtl. unter einer psychischen und/oder Suchterkrankung?  
Wenn ja, welcher?

☸ .....

.....

Nehmen Sie z.Z. Medikamente, wenn ja, welche? Bestehen  
Nebenwirkungen derselben?

☸ .....

.....

Bestehen Schlafstörungen?

☸ .....

.....

Bestehen bei Ihnen Allergien? welche?

☸ .....

.....

Ist zum geplanten Zeitpunkt der Massage eine Schwangerschaft  
ausgeschlossen?

.....