



MedicSpa Düsseldorf: Medical Wellness & Mental Training

Verbessern Sie Ihre Lebensqualität!

MedicSpa Düsseldorf, Kühlwetterstrasse 53,
Tel.: 0211 98 70 16 35

Gesundheitsfragebogen

Datum: _____

Um Ihren Aufenthalt in Ihrem MedicSpa so angenehm wie möglich zu gestalten, möchte ich Sie bitten, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen mit zu Ihrer Anwendung. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit und Ruhe, es geht um Ihr Wohlbefinden und Ihre Gesundheit. Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihre Aufmerksamkeit!

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mailadresse: _____

Haben Sie Allergien oder eine Überempfindlichkeit? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie orthopädische Einschränkungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung? Ja Nein

Haben Sie eine chronische Krankheit,
z.B. Diabetes, Bluter...? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen vor kurzem eine Operation durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen speziellen Behandlungswunsch? Ja Nein

Wenn ja, welchen? _____

Gibt es weitere wichtige Informationen, z.B. Schwangerschaft,?

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der oben stehenden Angaben und nimmt die gewünschte Behandlung auf eigene Verantwortung in Anspruch.

Unterschrift: _____