

KLIENTENINFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

(Anamnesebogen & Haftungsausschluss)

Name des Klienten: _____

1. RECHTLICHER HINWEIS (KEINE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG)

Ich weise Sie ausdrücklich darauf hin, dass die angebotenen Massagen/Anwendungen reinen Entspannungs- und Wellnesszwecken sowie dem allgemeinen Wohlbefinden dienen.

- Es werden KEINE medizinischen Diagnosen, Heilbehandlungen, Therapien oder körperbezogenen Heilungsversprechen im Sinne des Heilpraktikergesetzes durchgeführt.
- Die Massage ersetzt NIEMALS einen Arztbesuch, eine physiotherapeutische Behandlung, eine Osteopathie oder eine sonstige medizinische Diagnose/Therapie.
- Laufende ärztliche oder physiotherapeutische Behandlungen sollten keinesfalls ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/Physiotherapeuten unterbrochen oder abgebrochen werden.

2. GESUNDHEITLICHE ANGABEN / KONTRAINDIKATIONEN

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand wahrheitsgemäß:

- a. Befinden Sie sich aktuell wegen akuter körperlicher Beschwerden (z. B. Entzündungen, Schmerzen, Verletzungen, Bursitis/Schleimbeutelentzündung, Sehnenreizung) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?
[] JA [] NEIN
- b. Liegen bei Ihnen akute Entzündungen, Fieber, Infektionen oder Hauterkrankungen vor?
[] JA [] NEIN
- c. Liegen sonstige relevante Erkrankungen vor (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Thrombosen, Krampfadern, Osteoporose, kürzlich erfolgte Operationen)?
[] JA [] NEIN

Besondere Hinweise / Beschwerden (z. B. Schmerzbereiche, Aussparung von Körperpartien):

3. EIGENVERANTWORTUNG UND HAFTUNG

- Die Inanspruchnahme der Wellness-Massage erfolgt auf eigene Verantwortung des Klienten.
- Der Klient verpflichtet sich, auftretendes Unwohlsein, Schmerzen oder Missempfindungen während der Massage der ausführenden Person UMGEHEND mitzuteilen, damit die Anwendung angepasst oder abgebrochen werden kann.
- Für Schäden, die dadurch entstehen, dass der Klient gesundheitliche Einschränkungen, Vorerkrankungen oder Kontraindikationen verschweigt oder unvollständig angibt, wird keine Haftung übernommen, außer bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

4. EINWILLIGUNG UND UNTERSCHRIFT

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die obenstehenden Hinweise gelesen und verstanden habe. Ich bestätige, dass meine Angaben zu meinem Gesundheitszustand der Wahrheit entsprechen und dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass diese Massage eine reine Entspannungsanwendung ist und keinen Ersatz für eine medizinische/physiotherapeutische Behandlung darstellt.

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten: Ich willige ein, dass Shirish Pandit die oben genannten Gesundheitsangaben zum Zweck der sicheren Durchführung der Massage verarbeitet (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und nach 12 Monaten vernichtet. Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ich habe Anspruch auf Auskunft, Berichtigung und Löschung meiner Daten. Weitere Informationen: www.shirishpandit.com/de/datenschutz

Ort, Datum: _____ Unterschrift Klient/in: _____

CLIENT INFORMATION & CONSENT FORM

(Medical History Questionnaire & Disclaimer)

Client name: _____

1. LEGAL NOTICE (NO MEDICAL TREATMENT)

Please note expressly that the massages/treatments offered are intended solely for relaxation, wellness and general well-being.

- NO medical diagnoses, curative treatments, therapies or promises of physical healing within the meaning of the German Heilpraktikergesetz are provided.
- The massage NEVER replaces a visit to a doctor, physiotherapy, osteopathy or any other medical diagnosis/treatment.
- Ongoing medical or physiotherapy treatment should never be interrupted or discontinued without consulting the treating doctor/physiotherapist.

2. HEALTH INFORMATION CONTRAINDICATIONS

Please answer the following questions about your current state of health truthfully:

- a. Are you currently receiving medical or physiotherapy treatment for acute physical complaints (e.g. inflammation, pain, injuries, bursitis or tendon irritation)?
[] YES [] NO
- b. Do you have any acute inflammation, fever, infection or skin condition?
[] YES [] NO
- c. Do you have any other relevant medical conditions (e.g. cardiovascular disease, thrombosis, varicose veins, osteoporosis or recent surgery)?
[] YES [] NO

Special notes / complaints (e.g. painful areas or body areas to avoid):

3. PERSONAL RESPONSIBILITY & LIABILITY

- The client receives the wellness massage at their own responsibility.
- The client agrees to IMMEDIATELY inform the practitioner of any discomfort, pain or unusual sensations during the massage so that the treatment can be adjusted or stopped.
- No liability is accepted for harm resulting from the client's failure to disclose, or incomplete disclosure of, health restrictions, pre-existing conditions or contraindications, except in cases of intent or gross negligence.

4. CONSENT AND SIGNATURE

By signing, I confirm that I have read and understood the information above. I confirm that the information concerning my state of health is truthful and that I have been informed that this massage is solely a relaxation treatment and is not a substitute for medical/physiotherapy treatment.

Consent to processing of health data: I consent to Shirish Pandit processing the health information above for the purpose of carrying out the massage safely (Art. 9(2)(a) GDPR). The data will not be shared with third parties and will be destroyed after 12 months. I may withdraw this consent at any time with effect for the future. I have the right to access, correct and delete my data.

More information: www.shirishpandit.com/privacy-policy

Place, date: _____ Client signature: _____