

## Einverständniserklärung zur Fußreflexzonenmassage

Hiermit bestätige ich, dass ich von der Therapeutin über die Wirkungen und Kontraindikationen der Fußreflexzonenmassage umfassend informiert wurde.

Mir ist bewusst, dass die Behandlung keine ärztliche oder physiotherapeutische Therapie ersetzt und ausschließlich der Entspannung und dem allgemeinen Wohlbefinden dient.

Ich bestätige, dass ich die folgenden Kontraindikationen zur Kenntnis genommen habe:

- Schwere Durchblutungsstörungen
- Tiefe Venenthrombose
- Venenentzündung
- Risikoschwangerschaft
- Offene Wunden oder Geschwüre am Fuß
- Knochenbrüche am Fuß
- Nach Operationen (mindestens 6 Wochen Pause)
- Schwere Diabetes
- Schwere Infektionen & hohes Fieber
- Entzündungen der Venen oder des Lymphsystems
- Schwere Depression
- Verletzungen oder Erkrankungen am Fuß
- Tragen eines Herzschrittmachers

Ich erkläre ausdrücklich, dass keine mir bekannten medizinischen Gründe gegen die Anwendung einer Fußreflexzonenmassage sprechen. Sollten dennoch Beschwerden oder gesundheitliche Probleme auftreten, die im Zusammenhang mit verschwiegenen Vorerkrankungen stehen, übernehme ich hierfür die volle Verantwortung.

Mir ist bewusst, dass ich verpflichtet bin, die Therapeutin über bestehende Erkrankungen, Beschwerden, Operationen oder Risikoschwangerschaften zu informieren.

Ich bestätige, dass ich die Informationen verstanden habe und auf eigene Verantwortung an der Behandlung teilnehme.

 Ort, Datum: \_\_\_\_\_

 Unterschrift des/der Klient: \_\_\_\_\_

 Unterschrift Therapeutin: \_\_\_\_\_