



## Zustimmungsbogen Schwangerschaftsmassage

Ich, \_\_\_\_\_ habe die hinzugefügten Informationen über mögliche Kontraindikationen bei Massagen während der Schwangerschaft erhalten und gelesen. Ich habe mich bei meiner Ärztin vergewissert, ob Kontraindikationen auf mich zutreffen, außerdem hatte ich die Möglichkeit mit meiner Massagetherapeutin eventuelle Unklarheiten oder Fragen zu besprechen.

Ich habe alle Informationen verstanden und bestätige, dass

- ich keine der im Informationsblatt aufgeführten Komplikationen habe.
- ich an keinem der aufgeführten Symptome leide.
- ich eine komplikationslose Schwangerschaft habe.
- ich regelmäßige Termine bei meiner Gynäkologin oder Hebamme habe.

Falls Gründe bestehen, eine Massage nicht auszuführen, sind diese hier aufgeführt:

---

---

---

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Schwangerschaftsmassage aus folgenden Gründen gegeben wird:

- Entspannung
- Stressreduzierung
- Verminderung von Muskelverspannungen

Sollte ich Schmerzen während der Behandlung verspüren, so verständige ich die behandelnde Person sofort, so dass die Massage gegebenenfalls abgebrochen werden kann.

Ich verstehe, dass Massagen kein Ersatz für regelmäßige Arzt- und Hebammenbesuche sind. Eine Massage dient nicht zur Diagnosestellung oder Therapie von Erkrankungen psychischer oder physischer Natur.

Massage kann bei bestimmten Erkrankungen gefährdend sein. Ich versichere, dass ich alle mir bekannten Erkrankungen aufgeführt und alle Fragen ehrlich beantwortet habe. Weiterhin stimme ich zu, die mich behandelnde Person sofort zu informieren, sollte sich mein Gesundheitszustand geändert haben. Sollte der Behandler nicht unterrichtet sein, kann dieser nicht haftbar gemacht werden.

Name: \_\_\_\_\_

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

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