

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR MASSAGEBEHANDLUNGEN

Name:.....

Geburtsort und -zeit:.....

der Name seiner Mutter:.....

Wohnadresse:.....

Allgemeine Indikationen für Massagebehandlungen:

- Verbesserung der Stoffwechselprozesse
- Verlangsamung des altersbedingten Muskelmasseverlusts
- Förderung der Muskelregeneration
- Steigerung der Muskelleistung
- Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens
- einseitige Belastung der Muskeln und Gelenke (z. B. monotone Steh- oder Sitztätigkeit)
- chronische rheumatologische Erkrankungen (z.B. Morbus Bechterew, Arthrose, Fibromyalgie-Knoten, Hexenschuss, Ischialgie)
- als ergänzende Behandlung zur Entgiftung und Gewichtsabnahme
- in der Rehabilitation neurologischer Erkrankungen (z. B. Rehabilitation nach Schlaganfall, Paresen, partielle Lähmungen)
- Rehabilitation orthopädischer Erkrankungen (z. B. Skoliose, Klumpfuß, Diskopathie (degenerative Veränderungen der Bandscheiben))
- psychosomatische Beschwerden (z. B. Angstzustände, Verdauungsprobleme)
- stressbedingte Kopfschmerzen, Migräne
- Rehabilitation nach Traumata (z. B. Frakturen, Verstauchungen, Verrenkungen, Muskel- und Bänderrissen)

Allgemeine Kontraindikationen für Massagebehandlungen:

- akute Entzündung
- Alkoholischer Zustand
- Krebs
- Epilepsie, – unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen
- Fieberhafter Zustand – Infektionskrankheit, Hautkrankheit, Hautläsion
- kürzlich erlittenes Trauma (z. B. Bruch, Verstauchung, Verrenkung, Muskel- und Bänderriss, Verbrennung)
- akute rheumatische Prozesse
- Erholungsphase nach Operationen
- unbehandelter, extrem hoher Blutdruck
- nicht kompensierte Herzprobleme
- offene Wunden, fehlendes Epithel
- periphere Durchblutungsstörungen (z. B. Gefäßverengung, Geschwür, Krampfadern, tiefe Venenthrombose)
- geistig behinderte Patienten (außer bei Schlaganfällen)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzoperationen, Koronararterienerkrankung, Muskeldystrophie, Herzschrittmacher)
- TB
- übermäßiger Drogenkonsum
- Blutungsstörungen (z. B. aufgrund von Medikamenten, Krankheiten, Hämophilie, Leukämie), fortgeschrittene Osteoporose

1. Ich habe die oben genannten Kontraindikationen gelesen und verstanden.
2. Ich erkläre, dass bei mir keine der oben aufgeführten Beschwerden (Kontraindikationen) bekannt sind und keine bekannten oder versteckten Erkrankungen vorliegen.
3. Ich habe mich über die mit einer Massagebehandlung verbundenen Risiken sowie deren mögliche Vor- und Nachteile informiert und gemacht und nutze die Massagedienstleistung auf eigene Gefahr.
4. Meine Fragen zur Massagebehandlung wurden vollständig und zufriedenstellend beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen zur Massagebehandlung.
6. Nach sorgfältiger Abwägung der oben genannten Fakten bin ich zu dem Schluss gekommen, dass ich Chakhachiro Semira bitten werde, die Massagebehandlung durchzuführen.
7. Mir ist bekannt, dass es sich bei der Lomi.Lomi-Massage nicht um eine erotische, sexuelle Dienstleistung handelt und die Massage daher keinerlei Sexualität beinhaltet – weder seitens des Masseurs noch seitens des Klienten/Gastes.
8. Ich erkläre, dass ich keinen Anspruch auf Entschädigung habe, der über den Betrag der von mir bestellten Massagebehandlung hinausgeht. Es sei denn, es liegt ein Schaden vor, der eine vorsätzliche Schädigung meiner Person darstellt. Mir ist bewusst, dass die Beweislast hierfür im Streitfall bei mir liegt.
10. Ich habe diese Erklärung im vollen Bewusstsein meiner Urteilsfähigkeit und aus freiem Willen abgegeben und sie nach der Lektüre, als ob sie in völliger Übereinstimmung mit meinem Willen stünde, mit meiner eigenen Hand zur Zustimmung unterzeichnet.

Győr, 202.. ..

Unterschrift