

**Fußreflexzonenmassage / Aufnahmebogen**

**Datum:**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Versicherung	
E-Mail	
Telefon/ Mobiltelefon	

Akute Erkrankungen:

Chronische Erkrankungen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Schwangerschaft:

Vergangene OPs:

Unfälle:

Sonstiges:

---

Ort, Datum, Unterschrift

Hiermit bestätige ich, die Daten wahrheitsgemäß angegeben zu.

## Honorarvereinbarung

Zwischen

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

und Nadine Vierkotten, Heilpraktikerin, Roncallistr. 51, 53840 Troisdorf

---

Ich bin damit einverstanden, für die entstehenden Kosten von 40 Euro/45 Minuten für eine Fußreflexzonenmassage aufzukommen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass Terminerinnerungen, Terminvereinbarungen und auch Rechnungen als PDF, per E-Mail verschlüsselt versendet werden können, und bin einverstanden. Für die Verschlüsselung erhalte ich ein Passwort.

Bei Nutzung von elektronischem Datenverkehr, (SMS, E-Mail) trage ich die Verantwortung und habe verstanden das Frau Vierkotten keine Gewährleistung für die 100% Datensicherheit übernehmen kann.

### **Vereinbarte Termine sind verbindlich:**

Im Falle einer Verhinderung können Termine bis 24 Stunden (freitags entsprechend für die Termine montags) ohne Zahlungsverpflichtung abgesagt werden. Andernfalls erstatte ich Frau Vierkotten ein Ausfallhonorar von 25,00 € (Stand 2024).

Außerdem bestätige ich, dass ich die **Kontraindikationen** einer Fußreflexzonenmassage zur Kenntnis genommen habe.

---

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten

**Kontraindikationen einer Fußreflexzonenmassage:**

- Akute fieberhafte Infekte
- Entzündungen im Venen- oder Lymphsystem
- Operativ zu behandelnde Krankheiten
- Bei schweren Depressionen, Psychosen (z.B. Schizophrenie), Alkohol- oder Drogenmissbrauch
- Epilepsie
- Unbehandeltem Bluthochdruck
- Akuter rheumatischer Schub
- Gangrän am Fuß
- M. Sudeck des Fußes
- Fußpilz, offene Wunden am Fuß oder sonstige Hauterkrankungen am Fuß
- Schwangerschaft