

**Mobiler Massageservice MAXAGE**

Inhaber: Max Dobrov  
Köslinstr. 82  
38124 Braunschweig

E-Mail: info@maxage.de  
WhatsApp/Telefon: +49 1520 356 444 5

## Anamnesebogen & Kundenprofil

### Persönliche Angaben\*

Vor- und Nachname:\* \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:\* \_\_\_\_\_ Geschlecht:\*  m  w  d  
Adresse des Leistungsortes:\* \_\_\_\_\_  
WhatsApp/Telefon:\* \_\_\_\_\_ ggf. Notfallnummer:\* \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse:\* \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitsangaben\*

Ihre Sicherheit liegt mir am Herzen! Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig, damit ich Ihre Massage optimal und risikofrei gestalten kann.  
(Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ergänzen)

**1. Haben Sie akute oder chronische Erkrankungen?\***

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**2. Gibt es Kontraindikationen für eine Massage, von denen Sie wissen (z. B. Diabetes, Osteoporose, Krampfadern (Varizen), Thromboserisiko, erhöhte Blutungsneigung, Krebserkrankungen, akute Entzündungen im oder am Körper oder neurologische Erkrankungen)?\***

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**3. Bestehen akute Hauterkrankungen oder Hautveränderungen im geplanten Behandlungsbereich?\***

*(Massage ist kontraindiziert bei: frischen Wunden, akuten Entzündungen, eitrigen Prozessen, Pilzinfektionen (Mykosen), ansteckenden Hautkrankheiten, starken Sonnenbränden, akutem Ekzem/Schub von Psoriasis, Herpesbläschen, Urtikaria (Nesselsucht), offenen Geschwüren oder unklaren Hautausschlägen im Massagebereich.)*

Nein  
 Ja → Massage ist leider nicht möglich. Bitte klären Sie dies ärztlich ab.

**4. Sind Sie schwanger?\***

Nein  
 Ja → Massage ist leider nicht möglich.

**5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?\***

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**6. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z. B. Aspirin, Marcumar, Xarelto, Eliquis)?\***

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**7. Gab es in der Vergangenheit Operationen oder Unfälle, die relevant sein könnten?\***

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**8. Leiden Sie an einer Allergie oder Unverträglichkeit?\***

Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Erfahrungen mit Massagen**

**1. Hatten Sie schon einmal eine professionelle Massage?**

- Nein, ich habe noch nie eine professionelle Massage erhalten
- Ja, gelegentlich
- Ja, regelmäßig

**2. Falls „Ja“: Wie war Ihre Reaktion darauf?**

- Sehr gut (Entspannung, Schmerzlinderung, keine Probleme)
- Gut (leichte(r) Müdigkeit/Muskelkater, aber positiv)
- Gemischt (teilweise unangenehm: z. B. \_\_\_\_\_)
- Schlecht (starke Schmerzen, Übelkeit, Kreislaufprobleme, Hautausschlag)

**Ziel der Anwendung / Wünsche**

**Was erwarten Sie von der Leistung?**

*(mehrere Angaben möglich – bitte ankreuzen)*

- Allgemeine Entspannung, Stressabbau, Förderung des Wohlbefindens und der Erholung
- Unterstützung bei körperlichen Belastungen im Alltag (z. B. Büroarbeit, einseitige Haltung)
- Positive Beeinflussung des vegetativen Nervensystems (z. B. bei innerer Unruhe, Nervosität)
- Unterstützung bei Schlafstörungen und Einschlafproblemen
- Förderung der Durchblutung und des Lymphflusses (z. B. zur Unterstützung des Stoffwechsels und der körpereigenen Reinigungsprozesse)
- Präventiver Ausgleich muskulärer Dysbalancen (z. B. Verspannungen, Fehlhaltungen)
- Verbesserung der Beweglichkeit und Flexibilität
- Regeneration nach sportlicher oder körperlicher Belastung
- Stärkung des Immunsystems und Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Berührungsarbeit zur Förderung des Körperkontakts (z. B. bei Berührungsmangel)
- Anderes: \_\_\_\_\_

**Hautkontakt & Produktauswahl**

*(Hinweis: Lotionen / Ätherische und Basisöle sind im Preis inklusive)*

**1. Bevorzugtes Gleitmittel:**

- Klassisches Massageöl (z. B. Mandelöl: reichhaltig & pflegend; Jojoba: leicht, schnell einziehend)
- Sanfte Massage-Lotion (pH 5,5, oft gut verträglich bei sensibler Haut oder Allergieneigung)
- Ich stelle mein eigenes Produkt bereit: \_\_\_\_\_

*(Bitte halten Sie es am Termin griffbereit. Ich prüfe Haltbarkeit und Inhaltsstoffe.)*

- Keine Präferenz / Ich vertraue auf Ihre Empfehlung

**2. Haben Sie bekannte Allergien gegen Inhaltsstoffe von Massageölen, -lotions oder Duftstoffe?**

*(Zur Ihrer Sicherheit führe ich vor jeder Massage mit neuen Produkten vorsorglich einen Verträglichkeitstest auf der Haut (innere Armbeuge) durch.)*

- Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

*(z. B. Nüsse, Duftstoffe, bestimmte Pflanzenöle wie Mandel-, Lavendel-, Zitrus-, Eukalyptusöl usw.)*

### 3. Gewünschte Druckintensität/Druckstärke:

- Leicht  Mittel  Kräftig  Individuell anpassen

#### Zu vermeidende Bereiche oder Techniken

Bitte geben Sie an, ob es Körperzonen, Berührungsarten oder Massagetechniken gibt, die vermieden werden sollen.

(z. B. „keine Massage im Gesäßbereich/Brustbereich“, „Keine Fußmassage“, „Keine Klopfungen“ usw.)

---

#### Begleitende Geräuschkulisse während der Massage

##### Welche akustische Atmosphäre bevorzugen Sie während der Massage?

(Hinweis: Die Kopfaufgabe meiner Premium-Massageliege verfügt über integrierte Stereo-Bluetooth-Lautsprecher für ein immersives Klangerlebnis)

- Ruhige Hintergrundklänge (z. B. Naturgeräusche, Wasserklänge, Vogelgesang, Lagerfeuer etc.)  
 Eigene Musik/Hintergrundklänge (Bluetooth-Verbindung mit Ihrem Gerät)  
 Absolute Ruhe (keine Musik oder Geräusche)  
 Keine Präferenz / Ich vertraue auf Ihre Empfehlung

Weitere Anmerkungen: \_\_\_\_\_

#### Virtuelles Kennenlernen

Ihr Wohlbefinden steht im Mittelpunkt. Ein vertrauensvoller Kontakt ist dafür die beste Grundlage. Gerne können wir uns vor Ihrem ersten Termin in einem kostenlosen, **15-minütigen Zoom-Gespräch** kurz persönlich kennenlernen. So können Sie in Ruhe alle Fragen stellen und ich kann mich besser auf Ihre Wünsche vorbereiten.

- Ja, gerne. Ich würde mich über einen kurzen Zoom-Call freuen.  
 Nein, danke. Das ist nicht nötig. Ich buche dann direkt einen Termin.

#### Marketing-Feedback

##### Wie sind Sie auf MAXAGE aufmerksam geworden?

- Auto-Werbefolie (weißer Mitsubishi mit Kennzeichen BS)  Printwerbung  Google-Suche  
 Soziale Medien (FB/Insta/TikTok)  Empfehlung von Freunden/Bekanntem  Kleinanzeigen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Bestätigungen & Einverständnis

Ich bestätige durch Ankreuzen und Unterschrift:

**1. Vollständigkeit und Richtigkeit der Gesundheitsangaben und den Kommunikationsweg:**

Ich versichere, dass meine Angaben in diesem Anamnesebogen vollständig und wahrheitsgemäß sind. Ich habe diesen Bogen von meiner **privaten** E-Mail-Adresse an **info@maxage.de** gesendet.

**2. Verpflichtung zur regelmäßigen Aktualisierung:**

Ich verpflichte mich, diesen Anamnesebogen **alle 6 Monate** zu aktualisieren und erneut von meiner privaten E-Mail-Adresse an info@maxage.de zu senden. Diese Pflicht besteht für die gesamte Dauer, in der ich Wellness-Dienstleistungen durch den Dienstleister in Anspruch nehme. Zusätzlich informiere ich den Dienstleister **unverzüglich** über jegliche gesundheitlichen Veränderungen, neue Beschwerden, Diagnosen, Medikationen oder Operationen **vor jedem einzelnen Termin** schriftlich (bevorzugt per E-Mail oder WhatsApp).

**3. AGB:**

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) unter <https://www.maxage.de/agb> gelesen und **akzeptiere** sie vollumfänglich.

**4. Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten (Art. 9 DSGVO):**

Ich erkläre mich ausdrücklich und freiwillig damit **einverstanden**, dass die in diesem Bogen enthaltenen Gesundheitsdaten (besondere Kategorie personenbezogener Daten gem. Art. 9 DSGVO), die ich von meiner privaten E-Mail-Adresse an info@maxage.de übermittelt habe, durch den Dienstleister (Mobiler Massageservice MAXAGE, Max Dobrov) ausschließlich zu folgenden Zwecken verarbeitet und gespeichert werden:

- Prüfung auf Kontraindikationen für die geplanten präventiven Wellness-Dienstleistungen
- Sicherstellung einer sicheren Durchführung der Dienstleistungen
- Erfüllung der gesetzlichen Sorgfaltspflichten des Dienstleisters

Ich bin informiert:

- über **meine Rechte** gemäß DSGVO (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde)
- über die Geltung der **Datenschutzerklärung** unter <https://www.maxage.de/datenschutz>
- dass die Gesundheitsdaten unverzüglich nach Eingang aus dem E-Mail-Postfach gelöscht und ausschließlich auf einem **physischen Datenträger (AES-256-Verschlüsselung via VeraCrypt mit PIM-Schutz)** gespeichert werden. Der physische Zugriff ist **streng beschränkt**. Vorherige Versionen werden bei Aktualisierung sofort gelöscht; Daten werden spätestens 6 Monate nach letzter Sitzung oder Vertragsende gelöscht (sofern keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht)
- über mein Recht, diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu **widerrufen** (per E-Mail an info@maxage.de)
- dass ein Widerruf zur **sofortigen Löschung** meiner Gesundheitsdaten führt und eine weitere Dienstleistungserbringung nicht mehr möglich ist, da der Dienstleister die gesundheitliche Eignung nicht mehr beurteilen kann.

**5. Widerrufsrecht bei Online-Buchungen:**

Ich bestätige, die **Widerrufsbelehrung** unter <https://www.maxage.de/widerruf> gelesen zu haben.

Für Termine **innerhalb von 14 Tagen nach Buchung:**

- Ich willige ausdrücklich ein, dass die Dienstleistung vor Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist erbracht wird.
- Ich bestätige, dass ich dadurch mein Widerrufsrecht mit vollständiger Leistungserbringung verliere (§ 312g Abs. 3 BGB).

Für Termine **später als 14 Tage nach Buchung:**

- Ich verstehe, dass mein Widerrufsrecht 14 Tage nach Buchung uneingeschränkt gilt.
- Die Leistung wird erst nach Ablauf dieser Frist erbracht.

**Stornierung:**

- Innerhalb der 14-tägigen Widerrufsfrist: **kostenfreier Widerruf** möglich
- Nach Ablauf: Es gelten die **Stornobedingungen der AGB**

Diese Regelungen gelten für alle Buchungen.

**6. Privatleistungen / Kein Heilverprechen:**

Mir ist bekannt und ich bestätige, dass es sich bei den angebotenen Leistungen **ausschließlich um präventive Wellness-Dienstleistungen zur Entspannung und Regeneration** handelt. Sie **ersetzen keine ärztliche Diagnose oder Behandlung** und sind **nicht als Heilbehandlung oder Therapie** zu verstehen. Eine Kostenübernahme durch gesetzliche oder private Krankenkassen **ist ausgeschlossen**.

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

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