

Mobiler Massageservice MAXAGE

Inhaber: Max Dobrov

Köslinstr. 82

38124 Braunschweig

E-Mail: info@maxage.de

WhatsApp/Telefon: +49 1520 356 444 5

Selbstauskunft & Kundenprofil

Persönliche Angaben*

Vor- und Nachname:* _____

Geburtsjahr:* _____ 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: _____

Mit Sternchen (*) markierte Fragen/Felder sind **verpflichtend** auszufüllen.

Alle nicht markierten Angaben sind freiwillig und dienen der Optimierung Ihres Massageerlebnisses.

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, -lotionen 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 Kopfauflage 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.

Buchung & Bezahlung

Wie möchten Sie meine Leistungen am liebsten buchen und bezahlen?

(Hinweis: Ihre Auswahl dient nur zur Orientierung und kann bei Bedarf jederzeit geändert werden)

- ☐ Über den Online-Buchungskalender – mit Kartenzahlung oder PayPal direkt bei der Buchung
☐ Über WhatsApp oder E-Mail – mit Kartenzahlung oder PayPal vor dem Termin
☐ Über WhatsApp oder E-Mail – mit Barzahlung nach der Massage
☐ Ich bin flexibel – die Buchungs- und Zahlungsart ist für mich nicht entscheidend.

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/Bekannten ☐ Kleinanzeigen
☐ Sonstiges: _____

Bestätigungen & Einverständnis

Ich bestätige durch Ankreuzen und Unterschrift:

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

Ich bestätige, dass ich diese Selbstauskunft vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt und von meiner privaten E-Mail-Adresse an **info@maxage.de** gesendet habe.

☐ **2. 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>
- über die Geltung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) unter <https://www.maxage.de/agb>
- dass die Gesundheitsdaten gemäß den Angaben in den AGB (§ 9 „Datenverarbeitung“) und der Datenschutzerklärung (Abschnitt 8.2 „Speicherung und Sicherheit“) verarbeitet, verschlüsselt gespeichert und entsprechend den dort genannten Fristen gelöscht werden
- 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.

☐ **3. Privatleistungen / Kein Heilversprechen:**

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: _____