



ETAF

HIJAMA WELLNESS

– NUR FÜR FRAUEN –

FRAGEBOGEN FÜR PATIENTINNEN

BITTE VOR DER BEHANDLUNG AUSFÜLLEN

Deine Angaben helfen mir, die Behandlung sicher, individuell und bestmöglich auf dich abzustimmen.



1. PERSÖNLICHE ANGABEN

Name: _____

Alter: _____ Telefon: _____

E-Mail (optional): _____



2. DEINE GESUNDHEIT

Leidest du aktuell an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | |

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmst du Blutverdünner ein? (z. B. Marcumar®, ASS, Heparin, Xarelto®)

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____



3. WICHTIGE FRAGEN

Hast du aktuell deine Menstruation (Regelblutung)? Ja Nein

Leidest du an Eisenmangel oder wurdest du schon einmal wegen Eisenmangel behandelt? Ja Nein

Wenn ja, nimmst du Eisenpräparate? Ja Nein

Bist du schwanger oder stillst du? Ja Nein

Hattest du in den letzten 6 Monaten eine größere Operation? Ja Nein

Hast du Allergien (z. B. Medikamente, Pflaster, Desinfektion)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hast du häufig Kreislaufprobleme oder niedrigen Blutdruck? Ja Nein

Hattest du in den letzten Tagen/Jahren starke Blutungen, Ohnmachtsanfälle oder Neigungen dazu? Ja Nein

Hast du aktuell Fieber, Infekte oder eine akute Erkrankung? Ja Nein

Hast du in der Vergangenheit Probleme bei einer Hijama oder ähnlichen Behandlung gehabt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es sonst noch etwas, das ich über deine Gesundheit wissen sollte?



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bestätige, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und über den Ablauf der Hijama-Schröpfungstherapie, die möglichen Reaktionen sowie die Nachsorge informiert wurde. Ich habe keine weiteren Fragen und bin mit der Behandlung einverstanden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



WICHTIGE INFORMATIONEN VOR DER BEHANDLUNG



Trinke ausreichend Wasser vor der Behandlung.



Iss 1–2 Stunden vorher nur eine leichte Mahlzeit.



Vermeide blutverdünnende Medikamente (nur nach ärztlicher Rücksprache).



Bitte kein starkes Parfum oder Deodorant verwenden.



Komme in bequemer Kleidung und plane genügend Zeit ein.

WICHTIGE INFORMATIONEN NACH DER BEHANDLUNG



Trinke viel Wasser und vermeide Kälte und Zugluft.



Bitte dusche erst nach 6–8 Stunden.



Vermeide anstrengende Aktivitäten für 24 Stunden.



Vermeide direkte Sonneneinstrahlung auf die behandelten Stellen.



Leichte Müdigkeit oder ein Ziehen sind normal und klingen schnell ab.



VERTRAUEN & SICHERHEIT

Deine Gesundheit und Privatsphäre sind mir wichtig. Alle Informationen werden vertraulich behandelt. Die Behandlung erfolgt hygienisch, professionell und mit viel Sorgfalt.

Ich freue mich darauf, dich auf deinem Weg zu mehr Wohlbefinden zu begleiten.



TERMIN NACH
VEREINBARUNG



0155 670 43 222



HAUSBESUCHE
NACH ABSPRACHE