

Janina Jacobi, Fußreflexzonen-Harmonisierung (FRZH)
Grabenstr. 2, 54518 Osann-Monzel



Kundenerklärung

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Telefon: _____

Eine FRZH sollte bei nachfolgenden Krankheitsbildern nur eingeschränkt oder gar nicht vorgenommen werden:

eingeschränkt

- bei Thrombose/Krampfadern/entzündlichen Prozessen im Akutstadium O
- bei Einnahme stärkerer Blutverdünnungsmittel (nicht Aspirin,...) O
- bei Beginn der Menstruation am Anwendungstag O
- bei vorhandenen Nieren- und Gallensteinen O
- bei Kortison/Psychopharmaka-/Chemotherapie O
- bei Diabetes mellitus O
- bei Herzschrittmachern O
- bei Epilepsie O

ausgeschlossen

- bei Organtransplantationen O
- bei schweren Depressionen O
- bei vorangegangenen Gehirnschlag/Schlaganfall O
- bei fieberhaften Erkrankungen O
- bei Erkrankungen, die einen chirurgischen Eingriff erforderlich machen O
- bei ansteckenden Krankheiten O
- bei Risiko-Schwangerschaft O
- bei Schwangerschaft in den ersten 3 Monaten O

Ich habe gekennzeichnet, welche der vorliegenden Einschränkungs- oder Ausschlussgründe meiner Kenntnis nach bei mir vorliegen. Sofern ich Zweifel habe, kläre ich diese mit meinem behandelnden Arzt ab. Sollten sich bei mir gesundheitliche Änderungen ergeben, werde ich diese vor einer weiteren Anwendung unaufgefordert mitteilen.

Ich habe die o.g. Erklärungen zur Kenntnis genommen und gewissenhaft beantwortet.
Auch die Kundenaufklärung habe ich gelesen und verstanden.

Datum/Unterschrift: _____