Antara Spa
TOUCH YOUR SOUL

Antara Spa GmbH
Sternbuschweg 136 · 47057 Duisburg
+49 203 98580811 · antara-spa.de

Anamnese- und Einwilligungsbogen für minderjährige Gäste

Auszufüllen und zu unterschreiben von einer sorgeberechtigten Person. Ohne diesen Bogen findet keine Anwendung statt.

1 ANGABEN ZUM JUNGEN GAST

VORNAME UND NAME _____ GEBURTSDATUM _____ ALTER _____

ANSCHRIFT _____

2 SORGEBERECHTIGTE PERSON

VORNAME UND NAME _____ VERHÄLTNIS ZUM GAST _____

TELEFON (WÄHREND DER ANWENDUNG ERREICHBAR) _____ E-MAIL _____

☐ Ich bin allein sorgeberechtigt. ☐ Ich handle zugleich im Einverständnis der weiteren sorgeberechtigten Person (§ 1629 BGB).

3 GEWÜNSCHTE ANWENDUNG

Für Gäste unter 18 Jahren sind ausschließlich diese Anwendungen buchbar (§ 6 AGB):

☐ Wellness-Massage (höchstens 45 Minuten) ☐ Rückenmassage ☐ Kopfmassage

☐ Gesichtsmassage ☐ Thailändische Fußreflexzonenmassage

DATUM DES TERMINS _____ UHRZEIT _____ DAUER IN MINUTEN _____ BEHANDLERIN _____

4 GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte alle Fragen beantworten. Jedes „Ja" bitte unter Punkt 5 kurz erläutern.

Besteht derzeit eine ärztliche Behandlung oder eine bekannte Erkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?	☐ Ja ☐ Nein
Herz-Kreislauf-Beschwerden, niedriger oder hoher Blutdruck, Ohnmachtsneigung?	☐ Ja ☐ Nein
Beschwerden an Wirbelsäule oder Rücken (z. B. Skoliose, Bandscheibe, Haltungsschäden)?	☐ Ja ☐ Nein
Knochenbruch, Operation, Bänder- oder Gelenkverletzung in den letzten zwölf Monaten?	☐ Ja ☐ Nein
Wachstumsbedingte Beschwerden, Gelenk- oder Knochenerkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Epilepsie oder ein anderes Anfallsleiden?	☐ Ja ☐ Nein
Blutgerinnungsstörung, Thromboseneigung, blutverdünnende Medikamente?	☐ Ja ☐ Nein
Hauterkrankung, Neurodermitis, Ekzem, offene Wunden oder frische Tätowierung?	☐ Ja ☐ Nein
Allergien oder Unverträglichkeiten (Öle, Duftstoffe, Kräuter, Latex, Nickel)?	☐ Ja ☐ Nein
Asthma oder andere Atemwegserkrankung?	☐ Ja ☐ Nein
Diabetes?	☐ Ja ☐ Nein
Fieber, Infekt oder Erbrechen in den letzten 48 Stunden?	☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges, das wir wissen sollten?	☐ Ja ☐ Nein

5 ERLÄUTERUNGEN UND WÜNSCHE

Erläuterung zu jedem „Ja" aus Punkt 4 sowie Körperbereiche, die ausgespart bleiben sollen:

6 DAS GILT BEI UNS FÜR JUNGE GÄSTE

1. **Wellness, keine Heilbehandlung.** Unsere Anwendungen dienen der Entspannung. Sie ersetzen keine ärztliche oder physiotherapeutische Behandlung. Bei Beschwerden bitte vorher ärztlich abklären lassen.
2. **Begleitung.** Bis einschließlich 13 Jahre bleibt eine sorgeberechtigte Person während der gesamten Anwendung im Behandlungsraum. Mit 14 und 15 Jahren hält sie sich in unseren Räumen auf. Ab 16 Jahren genügt diese Einwilligung.
3. **Bekleidung.** Die Bekleidung bleibt an. Brust-, Gesäß- und Intimbereich werden nicht behandelt. Auf Wunsch behandelt eine Mitarbeiterin gleichen Geschlechts.
4. **Sanfte Technik.** Wir arbeiten mit deutlich reduziertem Druck und ohne kräftige Dehn-, Streck- und Mobilisationstechniken. An der Halswirbelsäule wird nicht gearbeitet.
5. **Abbruch jederzeit.** Der junge Gast kann die Anwendung jederzeit und ohne Begründung beenden. Ist etwas unangenehm, genügt ein Wort.
6. **Keine Anwendung unter 6 Jahren.**

7 DATENSCHUTZ

Die Angaben aus Punkt 4 und 5 sind Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 DSGVO. Wir verarbeiten sie ausschließlich, um die Anwendung sicher durchführen zu können. Rechtsgrundlage ist Ihre ausdrückliche Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO.

- Zugriff haben nur die behandelnde Mitarbeiterin und die Geschäftsführung.
- Der Bogen wird verschlossen aufbewahrt und drei Jahre nach der letzten Anwendung vernichtet.
- Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.
- Die Einwilligung kann jederzeit formlos für die Zukunft widerrufen werden, etwa per E-Mail an info@antara-spa.de. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.
- Ausführliche Informationen: antara-spa.de/datenschutz.html

8 EINWILLIGUNG

Ich bin sorgeberechtigt für den oben genannten Gast. Ich habe die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht und die Regeln unter Punkt 6 gelesen. Ich willige in die gewählte Anwendung und in die Verarbeitung der Gesundheitsdaten nach Punkt 7 ein. Änderungen des Gesundheitszustands teile ich vor der Anwendung mit.

Ort, Datum	Unterschrift der sorgeberechtigten Person	Unterschrift des Gastes (ab 14 Jahren, freiwillig)

VON ANTARA AUSZUFÜLLEN

DATUM

SORGEBERECHTIGTE PERSON ANWESEND

☐ im Behandlungsraum ☐ in den Räumen ☐ nicht erforderlich (ab 16)

DURCHGEFÜHRTE ANWENDUNG

BEHANDLERIN, KÜRZEL