



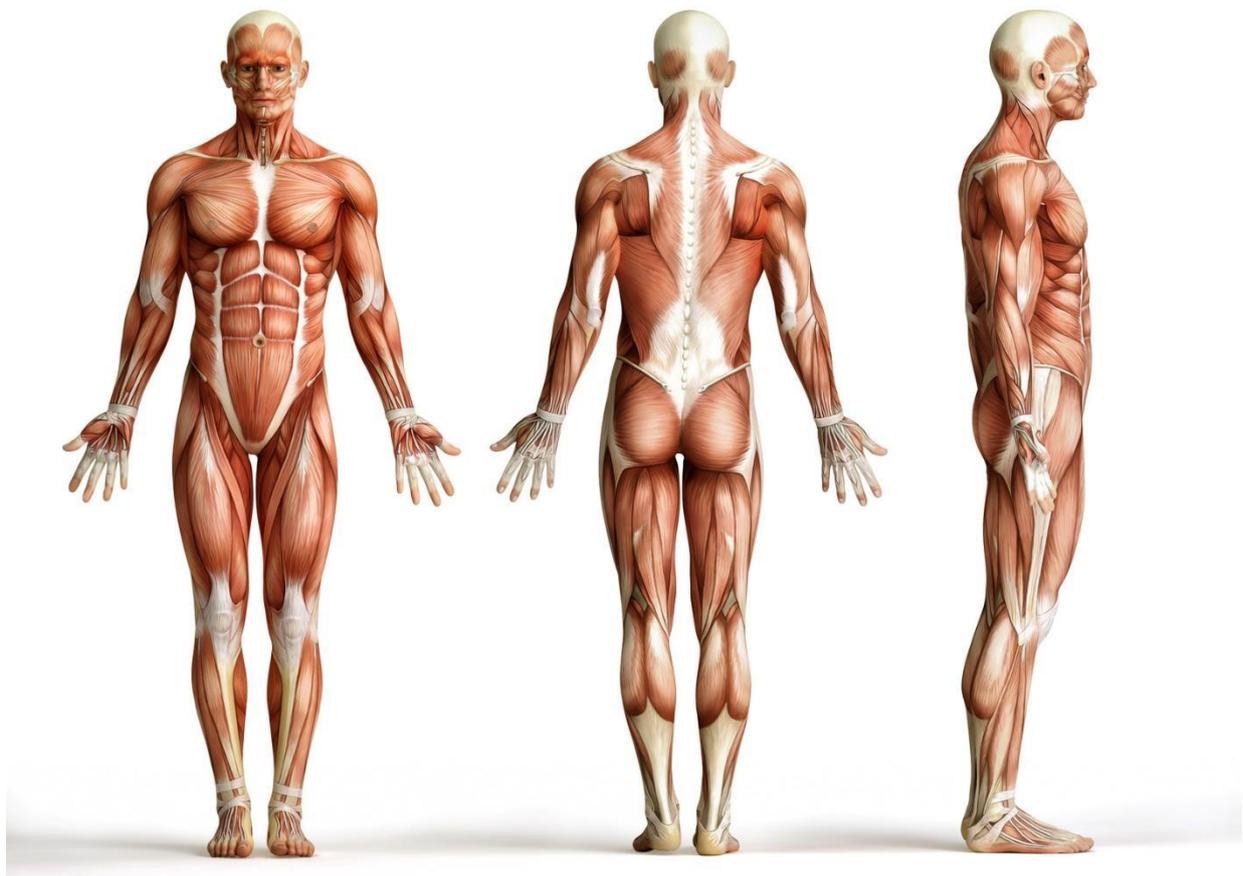
Anamnesebogen

[konzept]:gesundheit

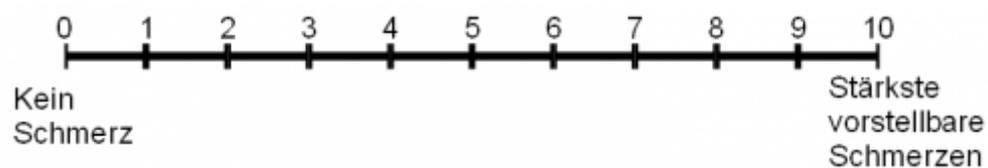
Individuell wie Sie.

Vorname:		Name:	
Adresse:		Geb.-Datum:	
Vers.-Nr:	Zusatzversicherung:	Beruf:	
Tel.:		E mail:	

Bitte markieren sie den Bereich der schmerzt und falls vorhanden Narbe.



Schmerzskala

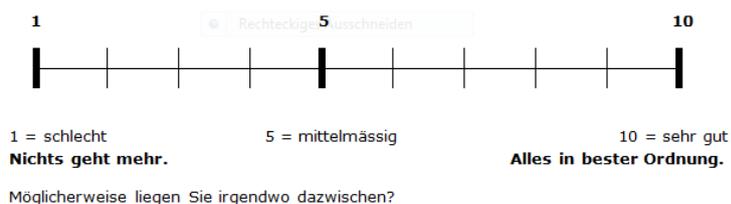


Gesundheitliche Informationen:

1. Befinden sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung ja Nein
Wenn ja warum? _____
2. Sind sie in den letzten Monaten operiert worden? ja Nein
Wenn ja wo? _____
3. Nehmen sie Medikamente? ja Nein
Wenn ja Welche? _____
4. Leiden sie unter einer der folgenden Erkrankungen: (bitte zu treffendes unterstreichen)
Ansteckende Hautkrankheiten/ offene Wunden/Verletzungen/Fieber/geschwollene
Lymphdrüsen/Herzkreislaufprobleme/hohes Blutdruck/niedriger
Blutdruck/Rheuma/Epilepsie/Kopfschmerzen/Migräne/Diabetes/Asthma/Osteoporose/
Krampfadern/HIV Infizierung/ Krebserkrankung
5. Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt? ja Nein
Wenn ja welche Wirbel sind betroffen? _____
6. Haben sie Einschränkungen im Bewegungsapparat? ja Nein
Wenn ja welche Region ist betroffen: _____
7. Haben sie Wurzelbehandelte Zähne/ gezogene Weisheitszähne/ einen Zahn in Behandlung?

Therapie Informationen:

8. Ist das ihre erste Massage ja Nein
9. Befinden sie sich der Zeit in weiteren Therapieformen? ja Nein
Wenn ja welche? _____
(z.B Osteopathie/Physiotherapie/Craniosacraletherapie)
10. Haben sie Allergien auf Pflegeprodukte? ja Nein
Wenn ja welche? _____
11. Wenn folgendes zutrifft bitte unterstreichen
sie hatten:
Autounfall mit Schleudertrauma/ Sturz auf das Steißbein/ Narben durch Unfälle oder als Kind beim
Spielen/ Sportverletzungen/Verbrennungen
12. Haben sie eine sitzende oder stehenden Tätigkeit (bitte einkreisen)
13. Wie hoch ist ihr Stresslevel?



Für Frauen:

14. Sind sie Schwanger ja Nein
Wenn ja welche Woche? _____
15. Hatten sie eine Section/Kaiserschnitt? ja Nein
16. Haben sie derzeit ihre Periode ja Nein
Wenn ja haben sie oft Schmerzen? ja Nein

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß vollständig sind und ich wissentlich nichts verschwiegen habe, was bei der Massage Anwendung von Bedeutung ist. Ich erkläre mich bereit, bei nicht fristgerechter Terminstornierung von 24 Std. ein Ausfallshonorar von der Hälfte des regulären Tarifes zu zahlen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____