

## ANAMNESEBOGEN

Vorname: ..... Tel.: .....

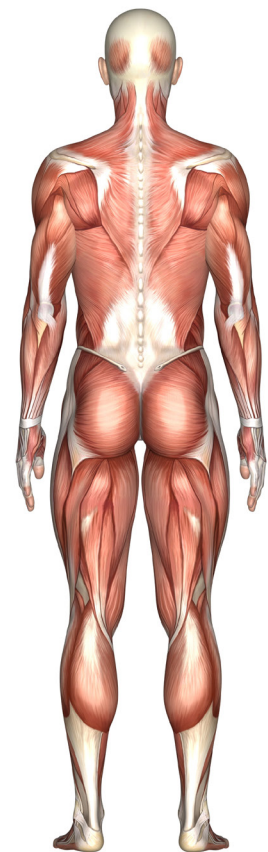
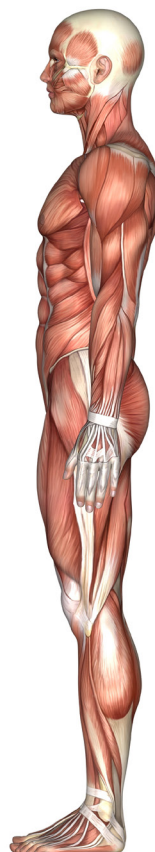
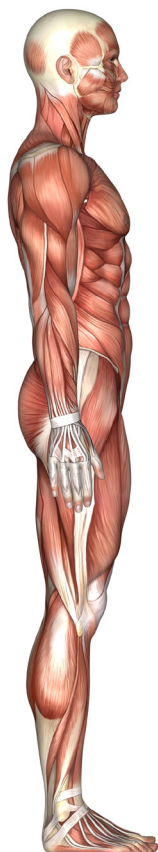
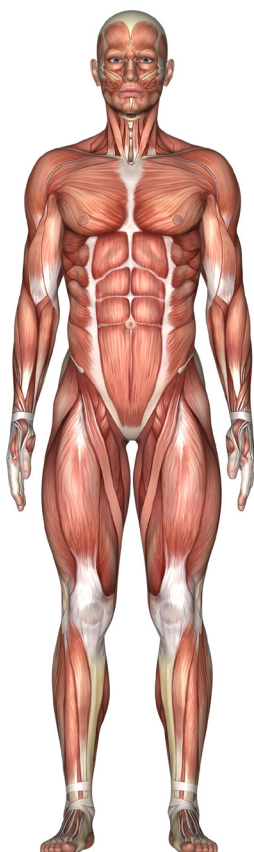
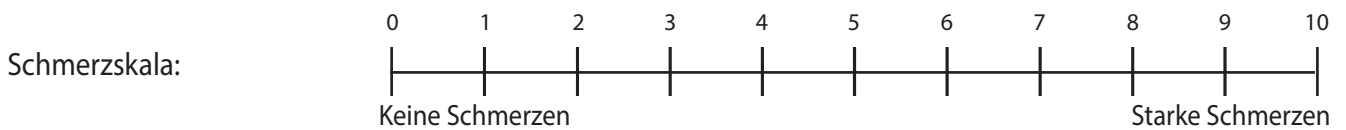
Nachname: ..... Email: .....

Adresse: ..... Vers.-Nr.: ..... Geb.-Datum: .....

..... Zusatzversicherung: .....

Beruf: .....

Bitte markieren Sie schmerzende Körperbereiche und eventuelle Narben:



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 zutreffendes unterstreichen):  
 Ansteckende Hautkrankheiten | offene Wunden | Verletzungen | Fieber | geschwollene Lymphdrüsen |  
 Herzkreislaufprobleme | hoher 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? (bitte  
 zutreffendes unterstreichen)
8. Ist das Ihre erste Massage? Ja  Nein
9. Befinden Sie sich derzeit in weiteren Therapieformen? Ja  Nein   
 Wenn ja, welche? .....
10. Haben Sie Allergien auf Pflegeprodukte? Ja  Nein   
 Wenn ja, welche? .....
11. Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft. 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 zutreffendes unterstreichen).
13. Wie hoch ist Ihr Stresslevel?  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Nichts geht mehr Alles in bester Ordnung

## FÜR FRAUEN:

14. Sind Sie schwanger? Ja  Nein   
 Wenn ja, in welcher Woche? .....
15. Hatten Sie eine Section / Kaiserschnitt? Ja  Nein
16. Haben Sie derzeit ihre Periode? Ja  Nein   
 Wenn ja, haben Sie oft Schmerzen? .....

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

Ort und Datum: ..... Unterschrift: .....