

## ANAMNESEBOGEN

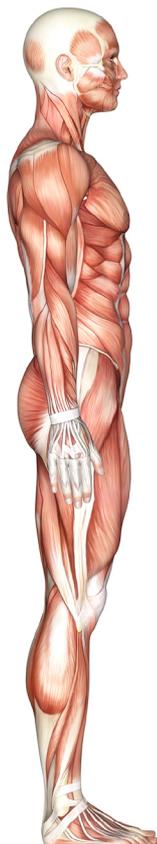
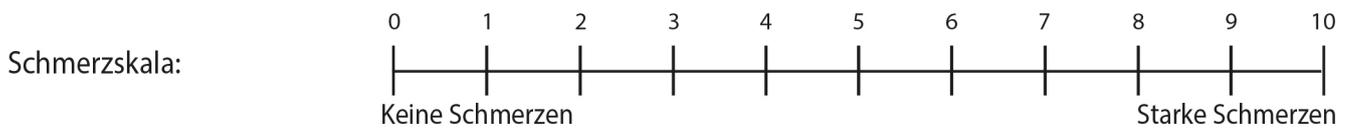
Vorname: ..... Tel.: .....

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

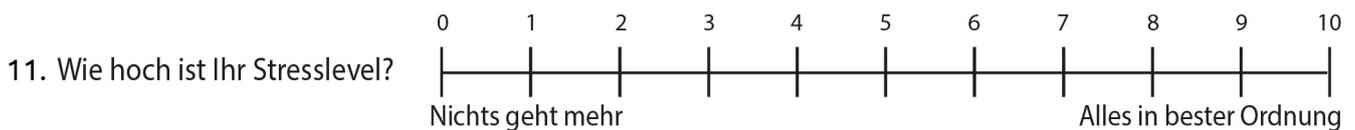
Adresse: ..... Vers.-Nr.: ..... Geb.-Datum: .....

.....

Bitte markieren Sie schmerzende Körperbereiche und eventuelle Narben:



1. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja  Nein   
Wenn ja, wie heißt Ihr behandelnder Arzt? .....
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 |  
Herz-Kreislaufprobleme | 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. Ist das Ihre erste Massage? Ja  Nein
8. Befinden Sie sich derzeit in weiteren Therapieformen? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? .....
9. Haben Sie Allergien auf Pflegeprodukte? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? .....
10. Haben Sie eine sitzende oder stehende Tätigkeit (bitte zutreffendes unterstreichen).



**FÜR FRAUEN:**

12. Sind Sie schwanger? Ja  Nein

**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: .....