



ANAMNESEBOGEN

Vorname:..... Nachname:

Adresse:

Beruf:..... Tel:

E-Mail:..... Vers.-Nr.:

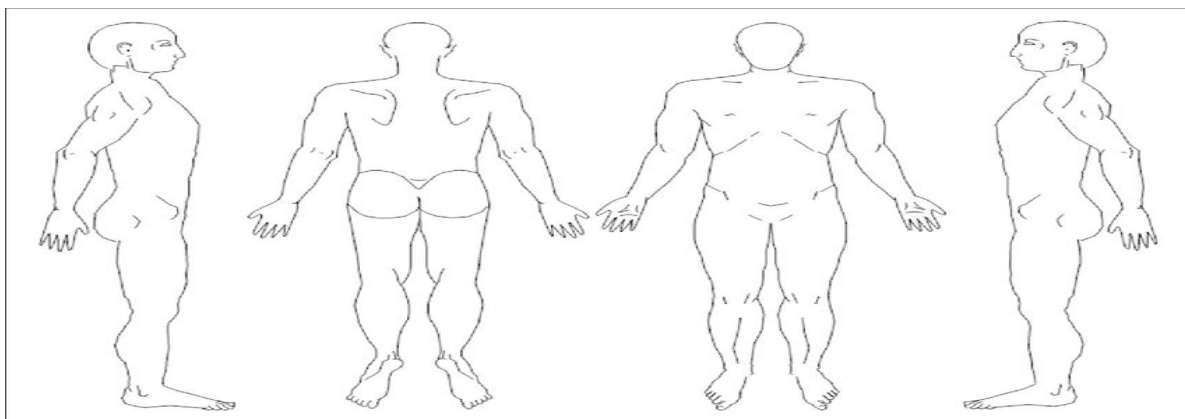
Geb.-Datum: Zusatzversicherung:

Schmerzskala

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Keine Schmerzen

Starke Schmerzen



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:

Ansteckende Hautkrankheiten Ja Nein

Wenn ja, welche?

Offene Wunden Ja Nein

Wenn ja, wo?

Verletzungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, welche und wo?

Fieber	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------	-----------------------------	-------------------------------

geschwollene Lymphdrüsen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, wo?

Herzkreislaufprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>
Nein		

Wenn ja, wann?

hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------	-----------------------------	-------------------------------

niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------	-----------------------------	-------------------------------

Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------	-----------------------------	-------------------------------

Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------	-----------------------------	-------------------------------

Kopfschmerzen/Migräne	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
----------	-----------------------------	-------------------------------

Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------	-----------------------------	-------------------------------

Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------	-----------------------------	-------------------------------

Krampfadern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------	-----------------------------	-------------------------------

HIV-Infizierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------	-----------------------------	-------------------------------

Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------	-----------------------------	-------------------------------

Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------------	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, wann?

Thrombose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------	-----------------------------	-------------------------------

5. Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, welche Wirbel sind betroffen?

6. Haben Sie Einschränkungen im Bewegungsapparat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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. Sind Sie Berufstätig? Ja Nein

Wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus?

13. Wie hoch ist Ihr Stresslevel?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nichts geht mehr

Alles in bester Ordnung

Familienanamnese:

14. Gibt es in Ihrer Familie Fälle der vorher angegebenen Krankheiten? Ja Nein

Wenn ja, welche?

FÜR FRAUEN:

15. Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?

16. Hatten Sie eine Section / Kaiserschnitt?

17. Haben Sie derzeit ihre Periode?

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.

Hier wird bekannt gegeben, dass nur ein Teil meiner Leistung von der Versicherungsanstalt refundiert wird (die Höhe der Refundierung ist Kassaabhängig)!

Ort und Datum:

Unterschrift:.....