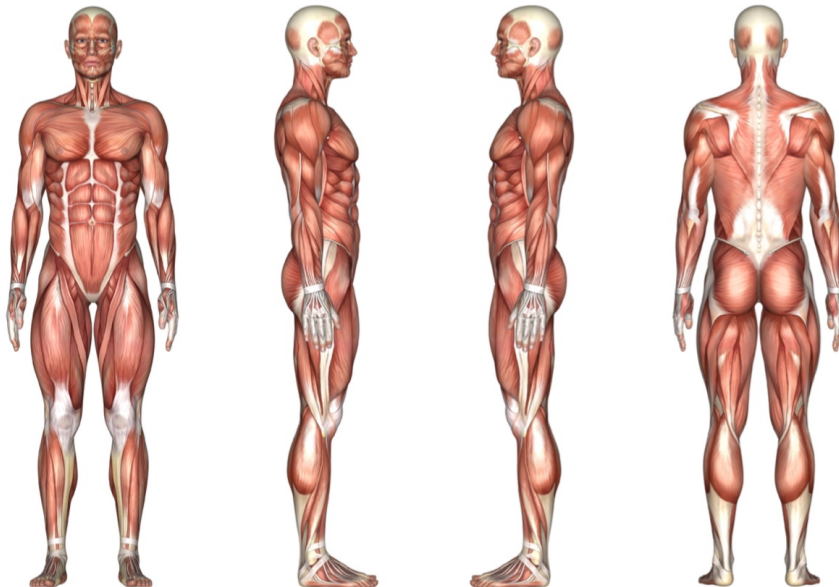




ANAMNESEBOGEN

Vorname: Tel.:
Nachname: Email:
Adresse: Vers.-Nr.: Geb.-Datum:
..... Versicherungsanstalt:.....
Beruf: Zusatzversicherung:.....

1. Haben Sie Schmerzen? Ja Nein
Wenn ja, wo haben Sie ihre Probleme? (bitte einzeichnen)



2. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen auf ? (bitte einkreisen)
Kribbeln: ja/nein **Pieksen:** ja/nein **Taubheitsgefühl:** ja/nein **Juckreiz:** ja/nein

3. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, warum?

4. Nehmen Sie momentan Medikamente? (Kortison, Blutverdünner, etc.) Ja Nein
Wenn ja welche?

5. Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, wo?

bitte wenden !

6. Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen (bitte zutreffendes unterstreichen)
 Offene Wunde | Ekzeme | Pilzkrankungen | ansteckende Hautkrankheiten | Thrombosen
 Venenerkrankungen | Krampfadern | Herzkreislaufprobleme | hoher / niedriger Blutdruck
 Rheuma | Epilepsie | Kopfschmerzen/Migräne | Diabetes | Osteoporose | Asthmaerkrankungen
 HIV Infizierung | Krebserkrankung | bekanntes Aneurysma | Arteriosklerose | Depression
 Psychosen | Arthrosen | Arthritis | Neuropathie | Sonstiges:
7. Haben Sie Einschränkungen im Bewegungsapparat? Ja Nein
 Wenn ja, welche Region ist betroffen?
8. Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt? Ja Nein
 Wenn ja, welche Wirbel sind betroffen?
9. Haben Sie Zahn oder Kieferprobleme? (bitte zutreffendes unterstreichen)
 Wurzelbehandlungen | Kiefermuskel | Zähneknirschen | Sonstiges:
10. Ist das Ihre erste Massage? Ja Nein
11. Befinden Sie sich derzeit in weiteren Therapieformen? Ja Nein
 Wenn ja welche?
12. Haben Sie Allergien auf Pflegeprodukte (Öle, Cremes, Inhaltsstoffe)
 Wenn ja, welche?
13. Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft. Sie hatten : Verbrennungen | Autounfall mit
 Schleudertrauma | Sturz | Narben durch Unfälle oder Operationen | Sportverletzungen
 Fremdkörper (Implantate) Wenn ja, welche?
14. Haben Sie eine sitzende oder stehende Tätigkeit (bitte zutreffendes Unterstreichen)
15. Wie hoch ist Ihr Stresslevel? 0— —1— —2— —3— —4— —5— —6— —7— —8— —9— —10
 Alles in bester Ordnung nichts geht mehr
- Für Frauen:
16. Sind sie schwanger? Ja Nein
 Wenn ja, in welcher Woche?
17. Hatten Sie eine Section / Kaiserschnitt? Ja Nein
18. Haben Sie derzeit eine schmerzhaftes Periode? Ja Nein

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Ich bestätige hiermit, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß vollständig sind und ich wissentlich nichts, verschwiegen habe, was bei einer Massageanwendung von Bedeutung ist. Ebenso bestätige ich derzeit fieberfrei zu sein und auch frei von akuten Erkrankungen / Infektionen zu sein. Ich erkläre mich bereit, bei nicht fristgerechter Terminstornierung (24 Std.vorher) ein Ausfallhonorar von der Hälfte des regulären Tarifen zu zahlen.

Ort, Datum :

Unterschrift: