



Anamnese - Fragebogen

Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Name:	Telefon:
Vorname:	PLZ / Ort:
Straße, Hausnr.:	Geburtsdatum:
Beruf:	

Bitte beantworte folgende Fragen gewissenhaft. Sollten Erkrankungen zutreffen, bitte ich dich, VOR der Anwendung mit deinem Arzt/Heilpraktiker Rücksprache zu halten!

Meine Massagen sind Wellnessanwendungen und dienen zur Entspannung. Sie ersetzen keinen Arzt oder Heilpraktiker. Ich gebe keine Heilversprechen, stelle keine Diagnosen und behandle keine Symptome.

Ich möchte die Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden.

Ort, Datum Unterschrift

Bist du aktuell in ärztlicher Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gab es in den letzten Monaten einen operativen Eingriff / Unfall?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____		
Nimmst du derzeit Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Ansteckende Krankheiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Offene Wunden, Geschwüre, Verbrennungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Muskel- oder Gelenkverletzungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen? (Pilze, Warzen, Ausschläge)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gelenkprothesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herz- Kreislaufbeschwerden, Herzerkrankungen? (Herzinfarkt, Herzinsuffizienz etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen? (wie z.B.Thrombosen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere psychische Erkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen-OP, Gelenkprothesen? (Hüfte, Knie etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Aktuell fieberhafte Erkrankungen, Infekte?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige körperliche Beschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Kannst du gut auf Rücken/Bauch liegen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Düfte, die du nicht magst/verträgst?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Gibt es eine bekannte Allergie auf Nüsse und/oder ätherische Öle?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es sonstige Informationen, die für die Massage relevant sein könnten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Erklärung:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Sollten sich bis zum nächsten Termin Änderungen ergeben, werde ich diese dem Behandler VOR der Anwendung mitteilen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ca. 24-48 Stunden nach der Behandlung möglicherweise Kopfschmerzen o.ä. Symptome auftreten könnten.

Ort, Datum

Unterschrift