

ANAMNESEBOGEN

Vorname: Tel.:

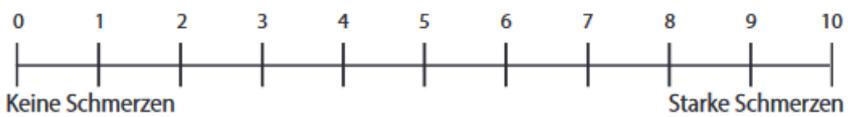
Nachname: E-Mail:

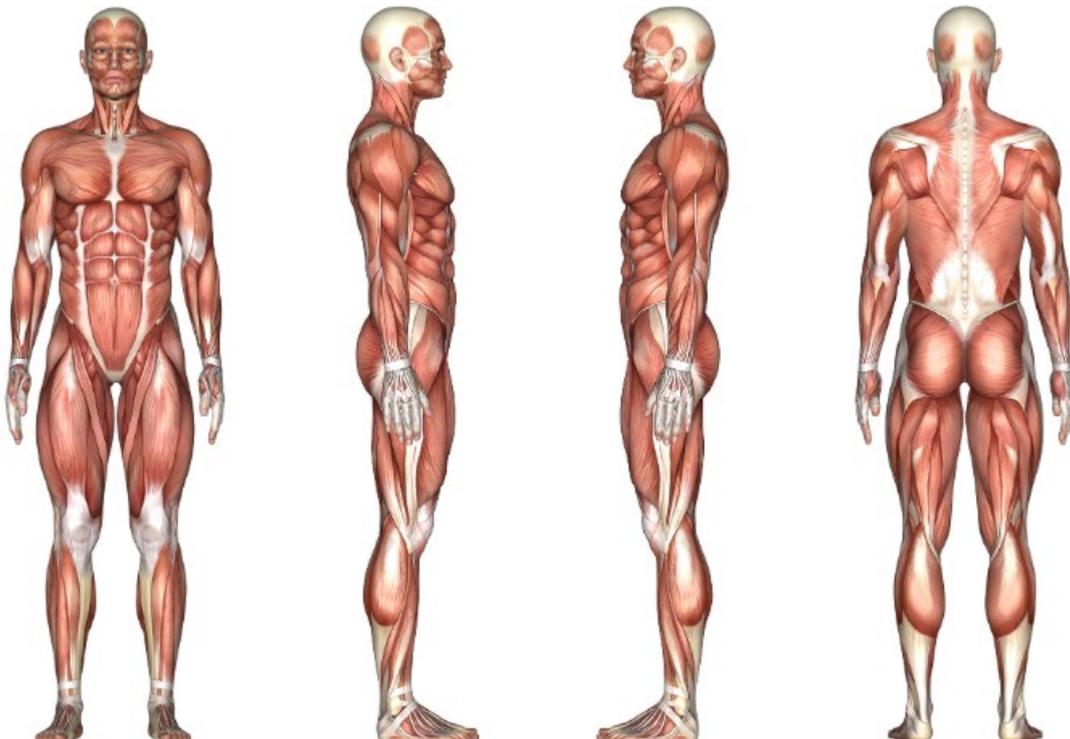
Adresse: Vers.-Nr.:

..... Zusatzversicherung:

Beruf:

Bitte markieren Sie schmerzende Körperbereiche und eventuelle Narben:

Schmerzskala: 

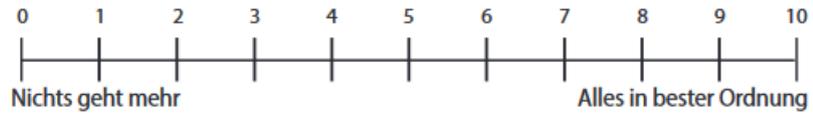


1. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Wenn ja, warum?
2. Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja Nein
 Wenn ja, wo?
3. Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

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 Regionen sind 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 oder Medikamente? 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?



FÜR FRAUEN

14. Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wenn ja, in welcher Woche?

15. Hatten Sie eine Section/Kaiserschnitt? Ja Nein

16. Haben Sie noch Ihre Periode? Ja Nein

Wenn ja, haben Sie oft Schmerzen?

17. Leiden Sie unter Endometriose, PCOS, PMS oder einer anderen gynäkologischen Erkrankung?
(bitte zutreffendes unterstreichen)
andere gynäkologischen Erkrankung

Unsere Termine sind exklusiv für Sie reserviert und werden keinem anderen Kunden angeboten, d.h. es kommt zu keiner Doppelbuchung.



Gerne können Sie **kostenlos bis 24 Stunden vor Ihrem Termin** stornieren oder verschieben. Danach ist der Termin kostenpflichtig gebucht und wird daher auch in Rechnung gestellt.

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß vollständig sind und ich wissentlich nichts verschwiegen habe, was bei der Behandlung von Bedeutung ist.

[Ort, Datum]

Unterschrift