

Anamnesebogen

Name _____
Adresse _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Ja () Nein ()

Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja () Nein ()

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? Ja () Nein ()

Haben Sie Allergien? Ja () Nein () Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

- Infektiöse Erkrankungen Durchblutungsstörungen Offene Wunden Arthritis
 Verletzungen Fieberhafte Erkrankungen Diabetes Thrombose/Venenentzündungen
 Herzerkrankungen Osteoporose Herzschrittmacher/Defibrillator Hauterkrankungen
 Krampfadern Neigung zu blauen Flecken _____

Haben Sie Erkrankungen des Bewegungsapparates? Ja () Nein ()

Wurden Sie schon mal an der Wirbelsäule operiert? Ja () Nein ()

Haben sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.?) Ja () Nein () Wenn ja, welche? _____

Nur für weibliche Klienten:

Sind Sie Schwanger? Ja () Nein ()

Die Ausführung meiner Massage ist keine medizinische Behandlung, sondern eine reine Wellnessanwendung. Meine Anwendungen helfen bei Verspannungen und Stress durch ihren entspannenden und präventiven Charakter. Sollte eine der o.g. Angaben gegen eine Massage sprechen kann ich aus Sicherheitsgründen keine Massage durchführen. Bei gesundheitlichen Problemen und/oder wenn sie in ärztlicher Behandlung sind, ist eine Wellnessanwendung von Ihnen mit ihrem Arzt abzuklären.

Erklärung:

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Sollte sich an meinen Angaben s.o. etwas verändern werde ich sie vor meinem nächsten Termin informieren.

Ort, Datum Unterschrift

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