

# Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

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

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? Ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Allergien? Ja ( ) Nein ( )

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

Herzerkrankungen  Osteoporose  Herzschrittmacher/Defibrillator  Hauterkrankungen

Krampfadern  Neigung zu blauen Flecken  Krebs

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

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

**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.**

**Bei gesundheitlichen Problemen und/oder wenn sie in ärztlicher Behandlung sind, ist eine Wellnessanwendung von Ihnen mit ihrem Arzt abzuklären.**

**Wichtig! Wird der vereinbarte Massagetermin nicht 24 Stunden vorher abgesagt, wird dem Kunden der nicht abgesagte Termin gemäß § 615 BGB mit 50% des Massagepreises in Rechnung gestellt. Ein Anspruch auf Ersatzleistung seitens des Kunden besteht nicht.**

**Erklärung:**

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

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

Stefanie Martin <http://www.massagehanau.de> 0173-7549668