

Anamnesebogen

Name _____
 Adresse _____
 Telefon _____
 E-Mail _____
 Geburtstag _____
 Beruf _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Internet ()
 Empfehlung von Freunden ()
 Flyer ()
 Sonstiges _____

Handelt es sich um Ihre erste Wellnessmassage? Ja () Nein ()

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

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

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche: _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche Sportart _____

Haben Sie Allergien? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Offene Wunden | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Verletzungen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/ Migräne |
| <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> geschwollene Lymphknoten | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Beschwerden | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| Sonstiges: _____ | |

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

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

Wenn ja, wann und welche Wirbel? _____

Haben Sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.?) Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie andere relevante Operationen? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

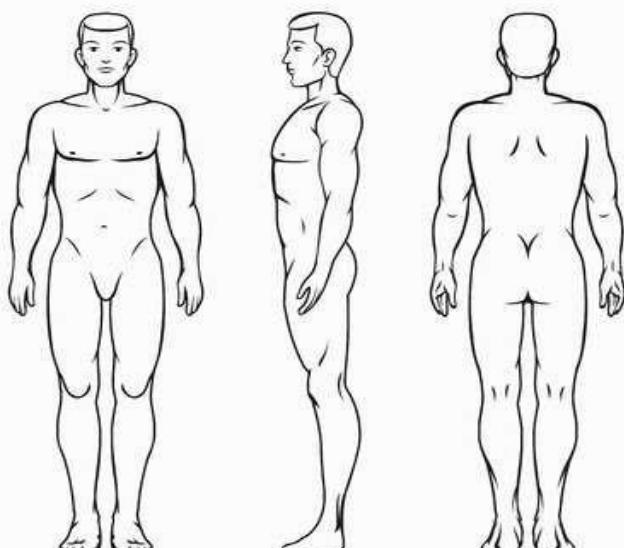
Können Sie gut auf Rücken und Bauch liegen? Ja () Nein ()

Nur für weibliche Klienten:

Sind Sie Schwanger? Ja () Nein ()

Haben Sie Schmerzen? Ja () Nein ()

Wo sind Ihre Schmerzen?



Wie stark sind Ihre Schmerzen? (10= Sehr starke Schmerzen /1= Geringe Schmerzen)

10_9_8_7_6_5_4_3_2_1_

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