

## 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? \_\_\_\_\_

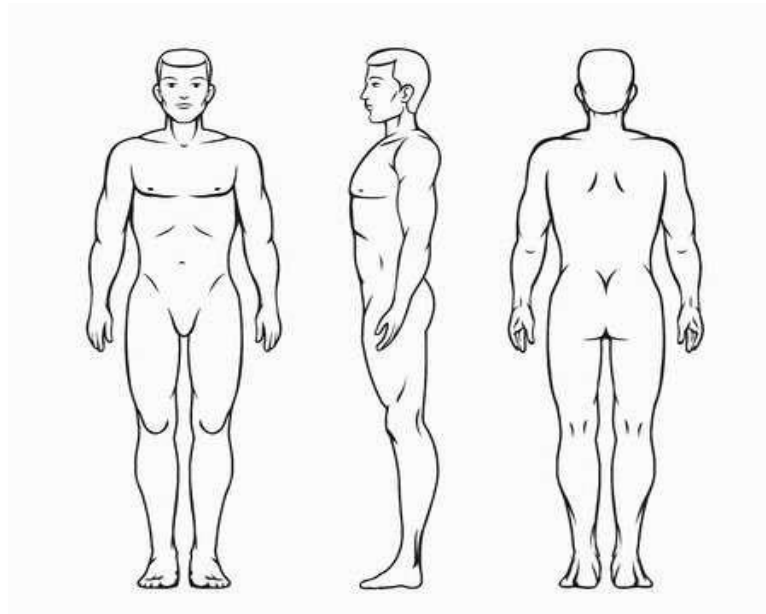
Können Sie gut auf Rücken und Bauch liegen? Ja ( )      Nein ( )

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