DIE MASSAGE PRAXIS

ANAMNESEBOGEN

Vorname: …… Tel.: ……..

Nachname: …… Email: ……..

Adresse: …… Vers.-Nr.: …….. Geb.-Datum: ……

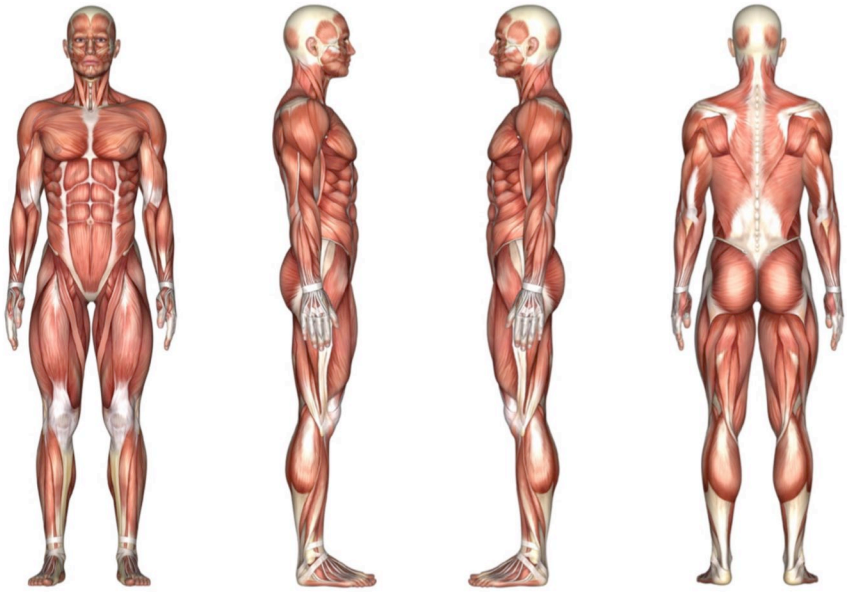
…… Versicherungsanstalt:……

Beruf: …….. Zusatzversicherung:……

---

1. Haben Sie Schmerzen? Ja O Nein O
   Wenn ja, wo haben Sie ihre Probleme? (bitte einzeichnen)

Schmerzskala:



2. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen auf ? (bitte einkreisen)
   Kribbeln: ja/nein **Pieksen:** ja/nein **Taubheitsgefühl:** ja/nein **Juckreiz:** ja/nein
3. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja O Nein O
   Wenn ja, warum? ……..
4. Nehmen Sie momentan Medikamente? (Kortison, Blutverdünner, etc.) Ja O Nein O
   Wenn ja welche? …….
5. Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja O Nein O
   Wenn ja, wo? ……..

.

bitte wenden !

6. Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen (bitte zutreffendes unterstreichen)
Offene Wunde | Ekzeme | Pilzerkrankungen | ansteckende Hautkrankheiten | Thrombosen
Venenerkrankungen | Krampfadern | Herzkreislaufprobleme | hoher / niedriger Blutdruck
Rheuma | Epilepsie I Kopfschmerzen/Migräne | Diabetes | Osteoporose | Asthmaerkrankungen
HIV Infizierung | Krebserkrankung | bekanntes Aneurysma | Arteriosklerose | Depression
Psychosen | Arthrosen | Arthritis | Neuropathie | Sonstiges: ……

7. Haben Sie Einschränkungen im Bewegungsapparat? Ja O Nein O
Wenn ja, welche Region ist betroffen? ……

8. Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt? Ja O Nein O
Wenn ja, welche Wirbel sind betroffen? ……

9. Haben Sie Zahn oder Kieferprobleme? (bitte zutreffendes unterstreichen)
Wurzelbehandlungen | Kiefermuskel I Zähneknirschen I Sonstiges: ……

10. Ist das Ihre erste Massage? Ja O Nein O

11. Befinden Sie sich derzeit in weiteren Therapieformen? Ja O Nein O
Wenn ja welche? ……..

12. Haben Sie Allergien auf Pflegeprodukte (Öle, Cremen, Inhaltsstoffe)
Wenn ja, welche? ……..

13. Bitte unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft. Sie hatten : Verbrennungen | Autounfall mit Schleudertrauma | Sturz | Narben durch Unfälle oder Operationen | Sportverletzungen Fremdkörper (Implantate) Wenn ja, welche? ……..

14. Haben Sie eine sitzende oder stehende Tätigkeit (bitte zutreffendes Unterstreichen)

15. Wie hoch ist Ihr Stresslevel? 0——1——2——3——4——5——6——7——8——9——10
Alles in bester Ordnung nichts geht mehr

Für Frauen:

16. Sind sie schwanger? Ja O Nein O
Wenn ja, in welcher Woche? ……

17. Hatten Sie eine Section / Kaiserschnitt? Ja O Nein O

18. Haben Sie derzeit eine schmerzhafte Periode? Ja O Nein O

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Ich bestätige hiermit, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß vollständig sind und ich wissentlich nichts, verschwiegen habe, was bei einer Massageanwendung von Bedeutung ist. Ebenso bestätige ich derzeit fieberfrei zu sein und auch frei von akuten Erkrankungen / Infektionen zu sein. Ich erkläre mich bereit, bei nicht fristgerechter Terminstornierung (24 Std.vorher) ein Ausfallhonorar von der Hälfte des regulären Tarifen zu zahlen.

(Ort,Datum) : …….. Unterschrift: ……..