

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 Massage? 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)

☐ Ansteckende Krankheiten

☐ Rheuma

☐ Offene Wunden

☐ Epilepsie

☐ Verletzungen

☐ Kopfschmerzen/ Migräne

☐ Fieber

☐ Diabetes

☐ geschwollene Lymphdrüsen

☐ Asthma

☐ Herz-Kreislauf Beschwerden

☐ Osteoporose

☐ hoher Blutdruck

☐ Krampfadern

☐ niedriger Blutdruck

☐ 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? _____

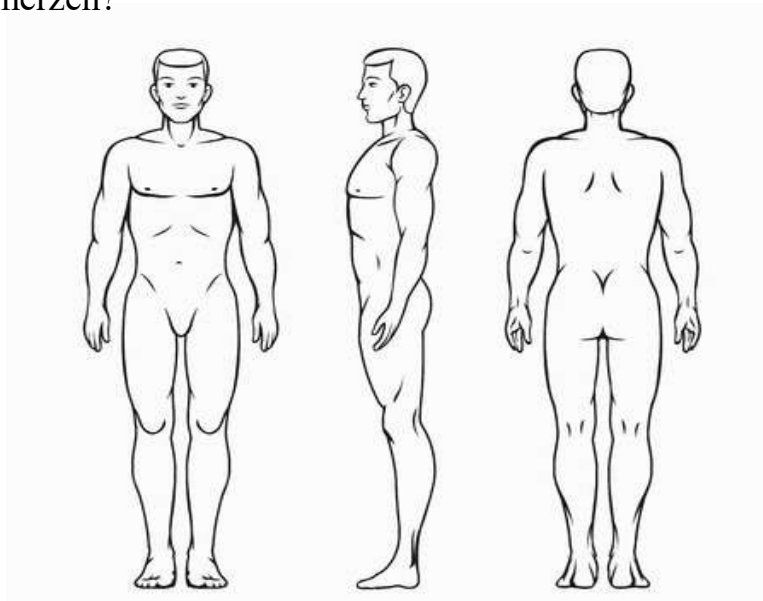
Haben sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.?) Ja () Nein ()
Wenn ja, welche? _____

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