

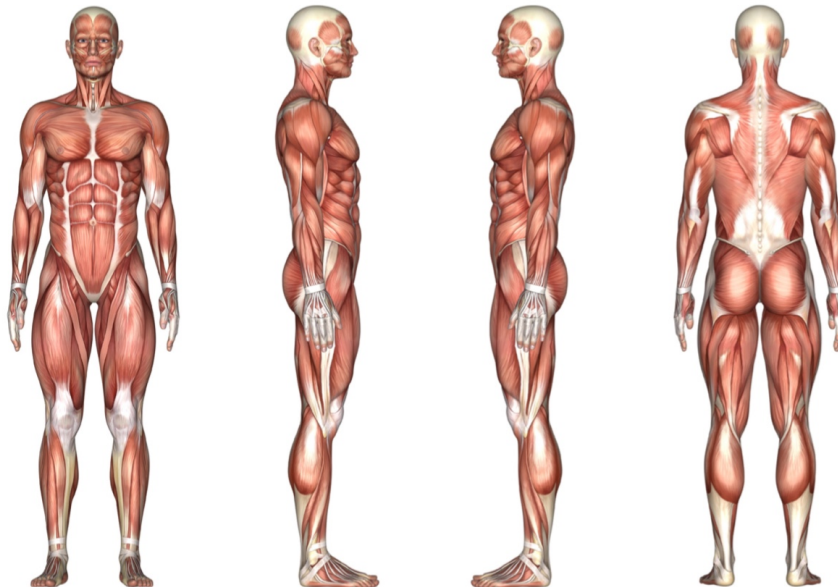


ANAMNESEBOGEN

Vorname: Tel.:
Nachname: Email:
Adresse: Vers.-Nr.: Geb.-Datum:
..... Versicherungsanstalt:.....
Beruf: Zusatzversicherung:.....

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

Schmerzskala: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Keine Schmerzen Starke Schmerzen



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 ☐ Nein ☐
Wenn ja, warum?.....
4. Nehmen Sie momentan Medikamente? (Kortison, Blutverdünner, etc.) Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja welche?
5. Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja ☐ Nein ☐
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 | Kopfschmerzen/Migräne | Diabetes | Osteoporose | Asthmaerkrankungen
 HIV Infizierung | Krebserkrankung | bekanntes Aneurysma | Arteriosklerose | Depression
 Psychosen | Arthrosen | Arthritis | Neuropathie | Sonstiges:
7. Haben Sie Einschränkungen im Bewegungsapparat? Ja ☐ Nein ☐
 Wenn ja, welche Region ist betroffen?
8. Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt? Ja ☐ Nein ☐
 Wenn ja, welche Wirbel sind betroffen?
9. Haben Sie Zahn oder Kieferprobleme? (bitte zutreffendes unterstreichen)
 Wurzelbehandlungen | Kiefermuskel | Zähneknirschen | Sonstiges:
10. Ist das Ihre erste Massage? Ja ☐ Nein ☐
11. Befinden Sie sich derzeit in weiteren Therapieformen? Ja ☐ Nein ☐
 Wenn ja welche?
12. Haben Sie Allergien auf Pflegeprodukte (Öle, Cremes, 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 ☐ Nein ☐
 Wenn ja, in welcher Woche?
17. Hatten Sie eine Section / Kaiserschnitt? Ja ☐ Nein ☐
18. Haben Sie derzeit eine schmerzhafter Periode? Ja ☐ Nein ☐

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 80 Prozent der regulären Tarife zu zahlen.

Ort, Datum :

Unterschrift: