**Anamnesebogen**

Nachname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? ⃝ JA ⃝ NEIN

Wenn ja, weshalb?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? ⃝ JA ⃝ NEIN

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? ⃝ JA ⃝ NEIN

Haben Sie Allergien? ⃝ JA ⃝ NEIN - Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

⃝ Infektiöse Erkrankungen ⃝ Durchblutungsstörungen ⃝ Offene Wunden ⃝ Arthritis

⃝ Verletzungen ⃝ Fieberhafte Erkrankungen ⃝ Diabetes ⃝ Osteoporose ⃝ Krampfadern

⃝ Thrombose/Venenentzündung ⃝ Hauterkrankungen ⃝ Neigung zu blauen Flecken

⃝ Herzerkrankungen ⃝ Herzschrittmacher/Defibrillator ⃝ Sonstige:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Erkrankungen des Bewegungsapparates? ⃝ JA ⃝ NEIN

Wurden Sie schon einmal an der Wirbelsäule operiert? ⃝ JA ⃝ NEIN

Haben Sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.)? ⃝ JA ⃝ NEIN

**Nur für weibliche Klienten/Kunden:** Sind Sie schwanger? ⃝ JA ⃝ NEIN

**Die Ausführung meiner Massage ist keine medizinische Behandlung, sondern eine reine Wellnessanwendung. Meine Anwendungen helfen bei Verspannungen und Stress durch ihren entspannenden und präventiven Charakter. Bei gesundheitlichen Problemen und/oder wenn sie in ärztlicher Behandlung sind, ist eine Wellnessanwendung von Ihnen mit Ihrem Arzt abzuklären.**

**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!***

Weshalb möchten Sie massiert werden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es besondere Beschwerden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_