

# Anamnesebogen



Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

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)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> ansteckende Krankheiten    | <input type="radio"/> Rheuma                |
| <input type="radio"/> offene Wunden              | <input type="radio"/> Epilepsie             |
| <input type="radio"/> Verletzungen               | <input type="radio"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="radio"/> Fieber                     | <input type="radio"/> Diabetes              |
| <input type="radio"/> geschwollene Lymphdrüsen   | <input type="radio"/> Asthma                |
| <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Beschwerden | <input type="radio"/> Osteoporose           |
| <input type="radio"/> hoher Blutdruck            | <input type="radio"/> Krampfadern           |
| <input type="radio"/> niedriger Blutdruck        | <input type="radio"/> _____                 |

Haben Sie Erkrankungen des Bewegungsapparates? Ja ( ) Nein ( )

Wurden Sie schon einmal 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 ( )

Gibt es Düfte, welche Sie nicht mögen? Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie noch andere Informationen, die für die Massage interessant sein können?

\_\_\_\_\_

Nur für weibliche Klienten:

Sind Sie derzeit schwanger? Ja ( ) Nein ( )

Erklärung: Hiermit erkläre ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)