

Anamnesebogen

Name _____ Geburtstag _____

Adresse _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung () Website () Sonstiges _____

Handelt es sich um Ihre erste Massage? Ja () Nein ()

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Ja () Nein ()

Wenn ja, aus welchem Grund: _____

Sind Sie in den letzten 9 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 Krankheiten? (bitte ankreuzen)

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| () ansteckende Krankheiten | () Rheuma |
| () offene Wunden | () Epilepsie |
| () Verletzungen | () Kopfschmerzen/Migräne |
| () Krampfadern | () Diabetes |
| () geschwollene Lymphdrüsen | () Asthma |
| () Herz-Kreislauf-Beschwerden | () Osteoporose |
| () hoher Blutdruck | () psychische Erkrankungen |
| () niedriger Blutdruck | () _____ |

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

Wurden Sie 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, die Sie nicht mögen? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche: _____

Haben Sie noch andere Informationen, die für die Massage wichtig sein könnten?

Nur für weibliche Klienten:

Sind Sie schwanger? Ja () Nein ()

Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäss und vollständig sind.

Hüntwangen den _____
Datum

Unterschrift

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.