

Anamnesebogen Wellness

Name: _____ Geb.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Internet () Empfehlung () 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 ()

Haben Sie **Allergien**? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

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

Ansteckende Krankheiten

Epilepsie

Offene Wunden

Kopfschmerzen/ Migräne

Verletzungen

Diabetes

Fieber

Asthma

geschwollene Lymphdrüsen

Osteoporose

Herz-Kreislauf Beschwerden

hoher Blutdruck

Rheuma

niedriger Blutdruck

Krampfadern

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

Wurden Sie schon mal **an der Wirbelsäule operiert**? Ja () Nein ()

Wenn ja, wann und was? _____

Haben Sie **Gelenkprothesen** (z.B. Knie, Hüfte) 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 ()

Gib es **Düfte**, welche sie nicht mögen? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie Schwanger? (Frauen) Ja () Nein ()

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.)