

## ANAMNESEBOGEN

Vorname: .....

Tel: .....

Nachname: .....

E-mail: .....

Adresse: .....

Vers.-Nr. .... Geb. Datum .....

Beruf: .....

Versicherungsanstalt: .....

Hobbies: .....

Zusatzversicherung .....

Wie haben Sie von mir erfahren? .....

Ist das Ihre 1ste Massage?.....

Was für Beschwerden haben sie gerade?

Was ist ihr therapeutisches Ziel?

Haben Sie Schmerzen?(bitte einzeichnen)

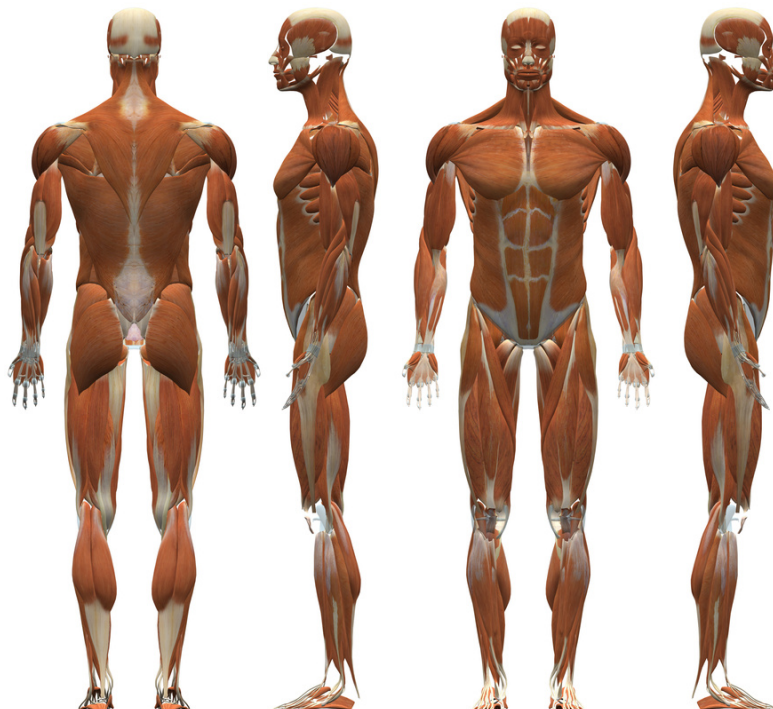
Wenn Ja, **wie stark** sind die Schmerzen

und **wo** haben sie die Schmerzen

keine Schmerzen



starke Schmerzen



## Kopfbereich

\*Bitte zutreffendes unterstreichen, \*im Bild anzeichnen & \*bitte kurze um Erklärung

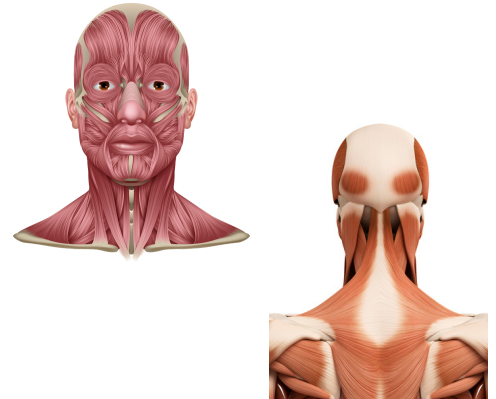
### **Kopfschmerzen / Migräne / Spannungskopfschmerzen**

*Wenn ja, wo und wie stark?*

### **Wurzelbehandlung / Implantat / Brücke / Zahnspange**

*Wenn ja, welcher Zahn?*

### **Zähneknirschen oder -beißen / Kieferknaxen**



## Bewegungsapparat + Extremitäten

### **Bandscheiben Vorwölbung oder Vorfall?**

*Wenn ja, wann, wo & mit oder ohne Ausstrahlungsschmerzen?*

### **Kribbelgefühl in Armen /Beinen?**

*Wenn ja, in der Nacht oder am Tag?*

### **Leiden Sie ab und zu an Sehnen-oder Gelenkentzündungen (zB. Sehenscheidenentzündung , Tennisellenbogen)**

*Wenn ja, wo?*

### **Haben Sie Einschränkung im Bewegungsapparat?**

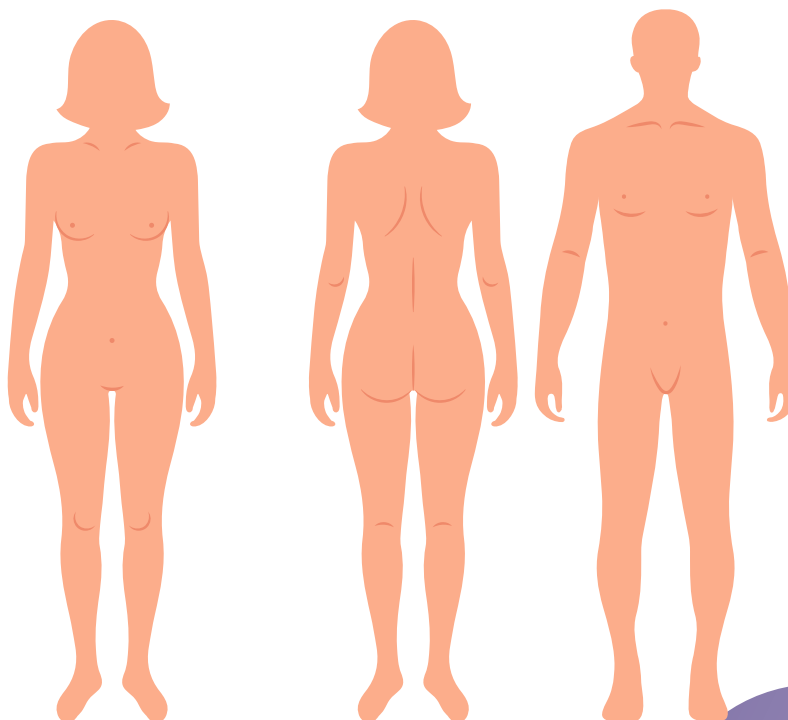
*Wenn ja, welche Region ist betroffen?*

## Narben / Verbrennungen

### **Haben Sie Narben oder Verbrennungen?**

*Die jucken, brennen, stechen, taub oder elektrisch sind  
Egal ob die Narbe selbst oder das Gewebe rundum*

*Bitte **alle Narben** einzeichnen +  
störende Narben mit Rot.*



## seit der Kindheit

(bitte zutreffendes unterstreichen)

**Unfälle / Schleudertrauma / Knochenbrüche / Operationen / Prellungen / Implantat (zb. Knie) / Sportverletzung**

Wenn ja, wann?

Wo?

waren sie danach in Therapeutische Behandlung?

**Leiden oder litten Sie unter** (bitte zutreffendes unterstreichen)

Thrombosen / Venenerkrankungen / Krampfadern / Besenreißer / hoher od. niedriger Blutdruck

Herz-Kreislaufprobleme / offene oder schlechtheilende Wunden / Krebs oder Tumorerkrankung / Diabetes /

Osteoporose / Ekzeme / Rheuma / Arthrose / Arthritis / Asthma / Epilepsie / Pilzkrankungen / ansteckende

Hautkrankheit / HIV Infizierung ...

## Allgemeine Fragen

**Befinden Sie sich gerade in ärztlicher Behandlung?**

Wenn ja, warum?

**Befinden Sie sich gerade in weiterer Therapieform?**

Wenn ja, welche?

**Wurden Sie in den letzten Monaten operiert?**

Wenn ja, wo?

**Haben sie ein sitzende oder stehende Tätigkeit?**

**Nehmen Sie momentan Medikamente?**

Welche?

**Wie hoch ist ihr Stresslevel?** Bitte ankreuzen



## Für Frauen

**Haben sie derzeit eine schmerzhaft Periode?**

Ja

Nein

**Hatten sie einen Kaiserschnitt oder Dammschnitt**

Wenn ja, wurde der therapeutisch Behandelt bzw. Entstört

**Sind sie schwanger?**

Wenn ja, in welcher Woche?

**Wie war für Sie die Geburt ihres(r) Kindes(r)?**

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 Heilmassage und Therapeutische Behandlung 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 st. vorher) eine **Ausfallhonorar von 60€** zu zahlen.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift:**