

ANAMNESEBOGEN

Vorname: Tel.:

Nachname: Email:

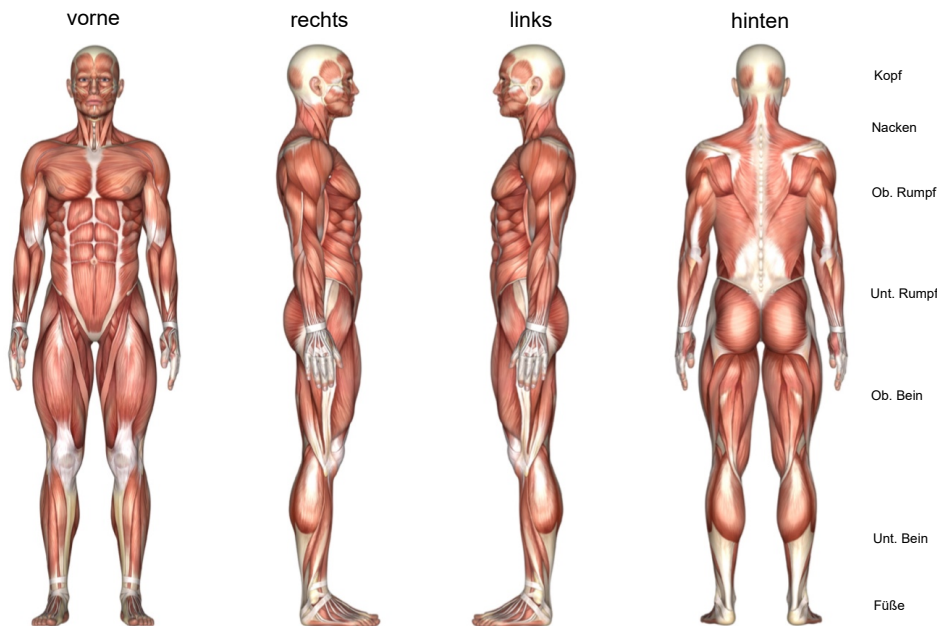
Adresse: Vers.-Nr.: Geb.-Datum:

Plz./Ort: Versicherungsanstalt:.....

Beruf: Zusatzversicherung:.....

1. Haben Sie Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, wo haben Sie ihre Probleme? (bitte eintragen)



Bitte hier kurz stichwortartig Ihre Beschwerden im jeweiligen Körperbereich beschreiben:

2. Treten die folgenden Beschwerden zusammen mit den Schmerzen auf ? (bitte ankreuzen)

Kribbeln: Pieksen: Taubheitsgefühl: Juckreiz:

3. Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, warum?

4. Nehmen Sie momentan Medikamente? (Kortison, Blutverdünner, etc.) Ja Nein
Wenn ja welche?

5. Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja Nein
Wenn ja, wo?

bitte wenden !

6. Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen (bitte zutreffendes ins Eingabefeld eintragen)
 Offene Wunde | Ekzeme | Pilzkrankungen | ansteckende Hautkrankheiten | Thrombosen
 Venenerkrankungen | Krampfadern | Herzkreislaufprobleme | hoher / niedriger Blutdruck
 Rheuma | Epilepsie | Kopfschmerzen/Migräne | Diabetes | Osteoporose | Asthmaerkrankungen
 HIV Infizierung | Krebserkrankung | bekanntes Aneurysma | Arteriosklerose | Depression
 Psychosen | Arthrosen | Arthritis | Neuropathie | Sonstiges:
7. Haben Sie Einschränkungen im Bewegungsapparat? Ja Nein
 Wenn ja, welche Region ist betroffen?
8. Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt? Ja Nein
 Wenn ja, welche Wirbel sind betroffen?
9. Haben Sie Zahn oder Kieferprobleme? (bitte zutreffendes ins Eingabefeld eintragen)
 Wurzelbehandlungen | Kiefermuskel | Zähneknirschen | Sonstiges:
10. Ist das Ihre erste Massage? Ja Nein
11. Befinden Sie sich derzeit in weiteren Therapieformen? Ja Nein
 Wenn ja welche?
12. Haben Sie Allergien auf Pflegeprodukte (Öle, Cremes, Inhaltsstoffe) Ja Nein
 Wenn ja, welche?
13. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft. Sie hatten : Verbrennungen | Autounfall mit
 Schleudertrauma | Sturz | Narben durch Unfälle oder Operationen | Sportverletzungen
 Fremdkörper (Implantate) Wenn ja, welche?
14. Haben Sie eine sitzende oder stehende Tätigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen)
 sitzend stehend
15. Wie hoch ist Ihr Stresslevel? 0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10
Alles in bester Ordnung nichts geht mehr

Bei Frauen:

16. Sind sie schwanger? Ja Nein
 Wenn ja, in welcher Woche?
17. Hatten Sie eine Section / Kaiserschnitt? Ja Nein
18. Haben Sie derzeit eine schmerzhafteste Periode? Ja Nein

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Ebenso unterliegen Ihre persönlichen Daten dem Schutz der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO (EU) 2016/679). Mehr dazu finden Sie in meiner Datenschutzerklärung auf www.massage-wien13.at bzw. auch im diesbezüglichen Aushang in meinem Geschäftslokal.

Erklärung der Patientin bzw. des Patienten: Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich hier alle gemachten Angaben wahrheitsgemäß sowie vollständig getätigt habe und auch wissentlich nichts verschwiegen habe, dass bei einer Massageanwendung von Bedeutung ist bzw. sein könnte. Ebenso bestätige ich, derzeit fieberfrei und auch frei von akuten Erkrankungen bzw. Infektionen zu sein. Ich erkläre mich bereit, bei nicht fristgerechter Terminstornierung (mind. 24 Std. im Vorhinein) ein Ausfallhonorar von der Hälfte des regulären Tarifs zu zahlen.

(Ort,Datum) :

Unterschrift: