

## Anamnese – Fragebogen

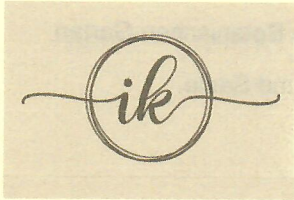
Alle Angaben werden streng vertraulich, werden nicht elektronisch erfasst und nicht an Dritte weitergegeben, sondern nur manuell vertraulich abgelegt.

### Persönliche Daten

Name:	Geburtstag:
Vorname:	Tel. - Nr.:
Straße:	PLZ / Ort:
Email:	

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft. Sollten Sie unter einem der folgenden Probleme leiden, halten Sie bitte vor der Massage oder auch Psychologischen Beratung Rücksprache mit Ihrem Hausarzt.

Sind Sie aktuell in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum:				
Sind Sie in den letzten Monaten massiert worden	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, woran:				
Nehmen Sie derzeit Medikamente?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:				
Ansteckende Krankheiten	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Rheuma	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wunden, Schnitte, Geschwüre, Sonnenbrand	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Fieber / Erkältung	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Asthma	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Muskelverletzungen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Hoher / niedriger Blutdruck	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Krebs	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Aids	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Virusinfektionen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Schwanger	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Gelenkprothesen, wenn ja wo?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Fußpilz	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Bekannte Allergien?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche:				
Herz- Kreislaufbeschwerden	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Ich habe weitere körperliche Probleme	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Wenn ja welche:				



Massage- und Wellnesstherapie am Botanischen Garten.

Deine Auszeit für Körper, Geist und Seele.

Ich möchte die Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden.

Ja

**Wichtig:**

Meine Wellness – Massagen, psychologische Beratung und sonstigen Anwendungen

ersetzen keinen Arzt oder Heilpraktiker. Von mir erhalten Sie kein Heilversprechen.

Ich unterstütze mit meiner Arbeit die Aktivierung Ihrer Selbstheilungskräfte.

Die Verantwortung zur Genesung oder Heilung über Ihren Körper liegt bei Ihnen selbst.

**Erklärung:**

Ich bestätige, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ich habe nichts verschwiegen, was bei der Massage – Anwendung, oder einer sonstigen Anwendung von Bedeutung ist.

Datum / Ort

Unterschrift