

Ich bitte Sie vor der ersten Massage die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

Name / Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon Privat:

Email Adresse:

Beruf / Tätigkeit:

Hausarzt:

Zusatzversicherung:

Fragen zur Anamnese

Haben Sie **Schmerzen** oder ein **Problem**, wenn Ja wo?

.....

Wann haben die Schmerzen begonnen?

Wann schmerzt es?

Wie fühlen sich die Schmerzen an (stechend, brennend, dumpf, bohrend, pulsierend, wellenartig, ziehend)?
.....

Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst, verstärkt oder gelindert?

.....

Welche Begleitsymptome treten auf?

.....

Sind beim aktuellen Problem bereits Abklärungen / Therapien gemacht worden?
.....

Weitere Fragen (bitte ankreuzen)

Leiden oder litten Sie unter:	<i>aktuell</i>	<i>früher</i>	<i>Beschreibung</i>
zu hoher / zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Krampfadern (Varizen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> ja		.....
Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> ja		.....
Arthrose, Gicht, Arthritis	<input type="checkbox"/> ja		.....
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja		.....
Skoliose	<input type="checkbox"/> ja		.....
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja		.....
Überfunktion der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja		.....
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/> ja		.....
Krebs / Tumor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Depression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Ausrenkung des Schultergelenks	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Hauterkrankung/ Ekzem	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	.....
Hautverletzung/ Wunde	<input type="checkbox"/> ja		.....
Andere Krankheiten			.....

Hatten Sie jemals eine Operation?
 nein ja (was, wann?)

Hatten Sie jemals einen Unfall? (Autounfall, Sportunfall, etc.)
 nein ja (was, wann?)

Treiben Sie regelmässig Sport
 nein ja (was, wie oft?)

Nehmen Sie Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel? (Antikoagulation, etc?)
 nein ja (welche?)

Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?
 nein ja (in welchem Monat?)

Bemerkungen:

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

Ort / Datum: Unterschrift: