

Anamnesebogen



Massage- & Fußpflegepraxis

Nana Vespermann

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Ja () Nein ()

Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja () Nein ()

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel? Ja () Nein ()

Haben Sie Allergien? Ja () Nein () Wenn ja, welche? _____

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

Infektiöse Erkrankungen Durchblutungsstörungen Offene Wunden Arthritis Verletzungen

Fieberhafte Erkrankungen Diabetes Thrombose/Venenentzündungen Herzerkrankungen

Osteoporose Herzschrittmacher/Defibrillator Hauterkrankungen Krampfadern Neigung zu blauen Flecken _____

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

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

Haben sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.?) Ja () Nein () Wenn ja, welche? _____

Nur für weibliche Klienten:

Sind Sie Schwanger? Ja () Nein ()

Die Ausführung meiner Massage ist keine medizinische Behandlung, sondern eine reine Wellnessanwendung. Meine Anwendungen helfen bei Verspannungen und Stress durch ihren entspannenden und präventiven Charakter. Bei gesundheitlichen Problemen und/oder wenn sie in ärztlicher Behandlung sind, ist eine Wellnessanwendung von Ihnen mit ihrem Arzt abzuklären.

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.