



Hunab Ku Wellness-Massage, Anamnesebogen

Sehr geehrte Kunden, dieser Fragebogen hilft mir dabei, Ihnen die bestmögliche Massage anzubieten und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie alle Fragen gewissenhaft und weisen mich auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin. Selbstverständlich werden ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. **Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

Name _____ Vorname _____ Tel.: _____

Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation oder Knochenbruch?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____		
Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall oder aktuell entsprechende Beschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie derzeit Probleme an der Halswirbelsäule / Lendenwirbelsäule?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____		
Haben Sie Gelenkprothesen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo? _____		
Haben Sie Gelenkprobleme (frühere Verrenkungen oder Ausrenkungen von Gelenken?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Rheuma?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja welches und was ist betroffen? _____		
Haben Sie Gicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen? _____		
Haben Sie Beschwerden in den Gelenken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, an welchen? _____		
Leiden Sie an Osteoporose?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie eventuell Allergiker?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden sie unter Migräne?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter zu hohem Blutdruck?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bestehen Gefäßerkrankungen wie z.B. Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen Krebs oder Geschwürbildungen diagnostiziert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Hauterkrankungen ?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben sie innerhalb der letzten sechs Monate ein Kind geboren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden?		

Mir ist bekannt, dass eine Massage der Entspannung dient und nicht der Behandlung einer Krankheit, chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher Beeinträchtigungen und Verletzungen. Ich habe meine Masseurin über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Falls mein Arzt oder Therapeut mir Empfehlungen oder Einschränkungen bezüglich einer Massage genannt hat, habe ich Ihnen dies mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden, dass die Massage auf eigene Gefahr durchgeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden!

Ort, Datum

Unterschrift