

ANAMNESEBOGEN für Massagebehandlung

Masseur:innen erbringen ihre Dienstleistungen am Körper des Kunden. Diese werden mit größter Sorgfalt und entsprechend dem aktuellen Stand des Berufsbildes erbracht. Auch das lässt aber in Einzelfällen Komplikationen nicht ausschließen. Wir ersuchen Sie daher, die nachstehenden Fragen gewissenhaft und offen zu beantworten. Ihre Antworten werden natürlich vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben (sofern Sie das nicht ausdrücklich wollen) und auch nur für die Zwecke der Abwicklung des Dienstleistungsauftrages verwendet (Näheres entnehmen Sie bitte der Datenschutzinformation unter [WEBSEITE]).

Persönliche Daten (Bitte geben Sie folgende Daten vollständig an)

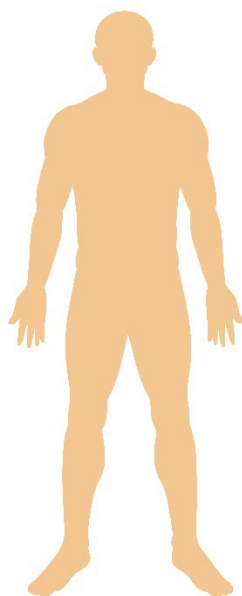
- Vor- & Nachname:
- Straße (Hausnummer/Stiege/Tür), PLZ, Ort:
- Telefonnummer und E-Mail:
- Geburtsdatum:

Allgemeine Fragen zu möglichen Kontraindikationen

Handelt es sich um Ihre erste Behandlung?	Nein ()	Ja ()
Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? z.B.: Impfungen	Nein ()	Ja () wegen folgender Beschwerden:
Haben Sie am Körper offene Wunden, frische Narben oder chirurgische Operationsnähte?	Nein ()	Ja () an:
Haben Sie eine Infektionskrankheit? z.B.: Hepatitis, HIV, Tuberkulose etc.	Nein ()	Ja () nämlich:
Haben Sie Allergien? z.B.: Bienenwachs, Öle, Fette, Duftstoffe, Desinfektionsmittel etc.	Nein ()	Ja () nämlich:
Wurden Sie schon mal an der Wirbelsäule operiert?	Nein ()	Ja ()
Können Sie gut auf dem Rücken bzw. Bauch liegen?	Nein ()	Ja ()

Leiden Sie an einer Erkrankung? z.B.: Diabetes, Bluthochdruck, Osteoporose, Bluter, etc.	Nein ()	Ja () an:
Nehmen Sie Medikament ein? z.B.: Blutverdünner, Medikamente, etc.	Nein ()	Ja () nämlich:
Haben Sie sonstige Beschwerden, die bei der Behandlung zu beachten wären?	Nein ()	Ja () nämlich:
Für weibliche Kunden: Sind Sie schwanger?	Nein ()	Ja ()

Für den Fall, dass Sie Schmerzen haben, zeichnen Sie die Körperstellen ein an denen Sie Schmerzen



empfinden:

Image by brgfx on freepik.com

Ort, Datum

Unterschrift