

Massagepraxis HANDWÄRCH
Barbara Pfister
Hauptstrasse 64, 4566 Kriegstetten
Telefon 076 646 29 82



ANAMNESEBLATT

Dieser Fragebogen dient zur Vervollständigung der Anamnese (Befundaufnahme) und wird durch die Kundin/den Kunden ausgefüllt.

Vorname: _____ Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

Nehmen Sie Schmerzmittel Ja Nein
Wenn Ja, welche und wie oft?

Haben Sie bereits Therapien Ihre Beschwerden betreffend in Anspruch genommen? Ja Nein
Wenn Ja, welche?

Ihr Blutdruck ist niedrig normal hoch

Leiden Sie an einer psychischen oder neurologischen Erkrankung? Ja Nein
Wenn Ja, welche?

Welche Erkrankungen/Operationen hatten Sie in der jüngsten Vergangenheit?

Haben Sie Metallimplantate im Körper? (Knie, Hüftgelenke etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Organtransplantat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Funktioniert Ihre Verdauung regelmässig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer ansteckenden Krankheit? (Hepatitis, HIV etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Weitere wichtige Anmerkungen von Seiten der Kundin/des Kunden

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass

- keine medizinische Diagnose erstellt und kein Heilversprechen abgegeben wird.
- ich bei Veränderung meines Gesundheitszustands (psychisch und physisch) informieren muss.
- im Krankheitsfall das Einverständnis des behandelnden Arztes vorliegen muss.
- im Krankheitsfall eine Behandlung eine angemessene medizinische Betreuung/Therapie nicht ersetzt.
- ich die Kosten für die Behandlung tragen muss, wenn ich den Termin nicht mind. 24 Std. vorher mündlich oder schriftlich absage.

Ort und Datum:

Unterschrift:
