



ANAMNESEBOGEN

Heilmassage König René

Vorname: _____

Straße: _____

Nachname: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

SVNr.: _____

Email: _____

Beruf: _____

Sport/ Hobbies: _____

Empfehlung durch: _____

aktuelle Beschwerden:

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann äußern sie sich?

Sind Sie in der letzten Zeit geflogen?

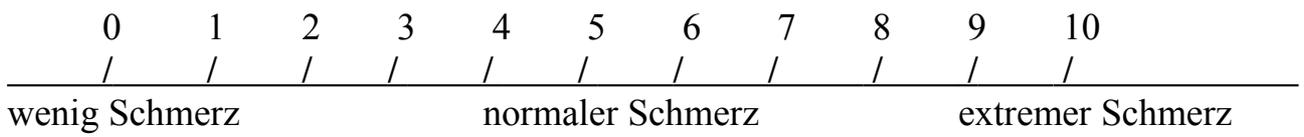
Beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen
(z.B. bohrend, stechend, reißend, klopfend, einschließend,...)

Was hat Einfluss auf Ihre Beschwerden (z.B. Wärme, Kälte,
bestimmte Haltung oder Bewegung,....)

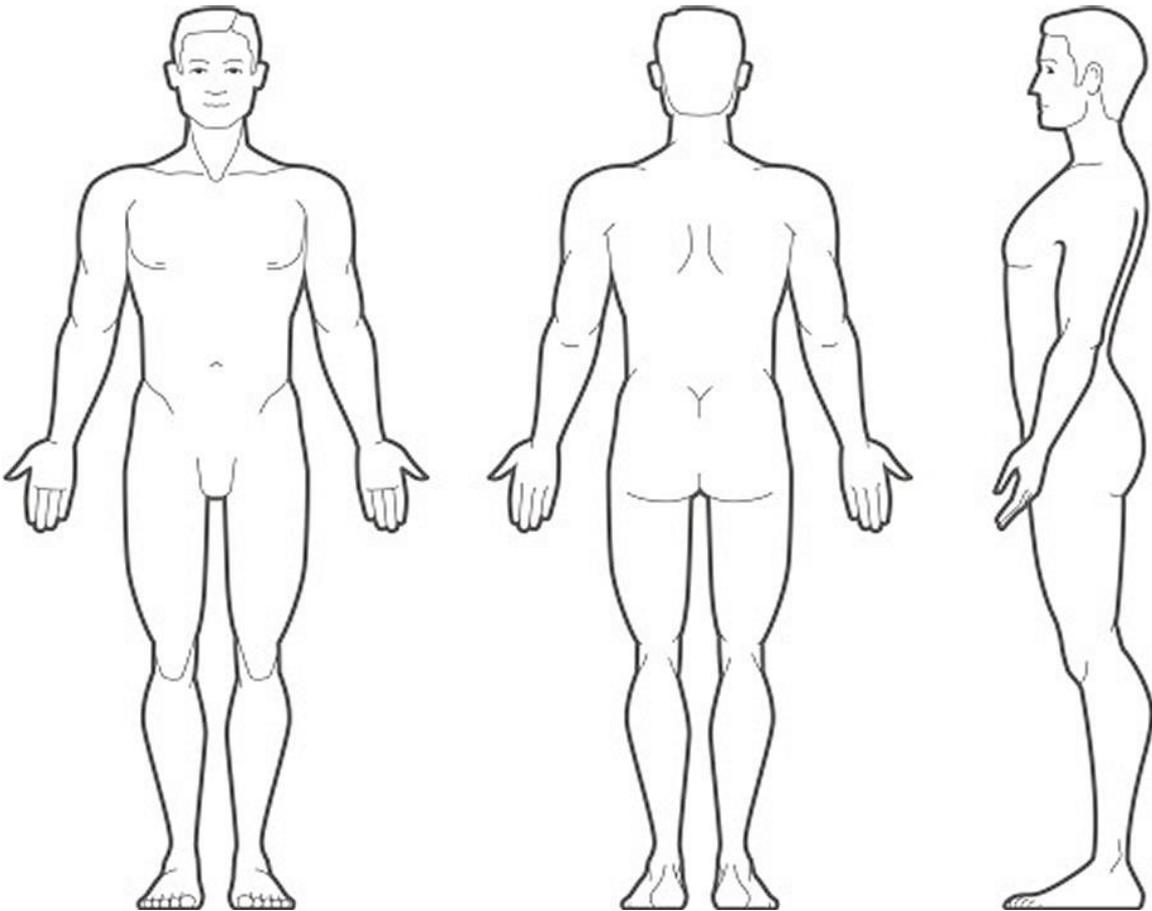
Positiv (d.h. Schmerz nimmt ab) _____

Negativ (d.h. Schmerz nimmt zu) _____

Schmerzskala:



Bitte tragen Sie in die Figuren Ihre Schmerzen bzw. Beschwerden ein:



Haben Sie Krampfadern? Wenn ja, wo?

Haben Sie Hauterkrankungen? Wenn Ja, wo?

Welche anderen Erkrankungen gibt es bei Ihnen:

Allgemeines:

Ja	Nein	Kopfschmerz
Ja	Nein	Schlaflosigkeit/Schlafstörungen
Ja	Nein	Schwindel
Ja	Nein	Müdigkeit
Ja	Nein	Allergien

Wenn ja, welche: _____

Muskeln/ Gelenke:

Ja	Nein	chronische Gelenkschmerzen/ Rheuma / Arthritis
Ja	Nein	Gicht
Ja	Nein	Muskelkrämpfe
Ja	Nein	Weichteilrheumatismus
Ja	Nein	Osteoporose
Ja	Nein	Arthrose

Welche Gelenke sind betroffen:

Weitere bekannte Erkrankungen:

Herz / Gefäße:

Ja	Nein	Bluthochdruck
Ja	Nein	Krampfadern
Ja	Nein	Durchblutungsstörungen / Arteriosklerose
Ja	Nein	Herzinfarkt / Angina pectoris
Ja	Nein	Diabetes mellitus

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein:

Aktuelle Medikamente:

Blutverdünner:

Vereinbarung über die wahrheitsgemäße Beantwortung aller Fragen

1. Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen!
2. Ich bin mir bewusst, dass nur ein Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterbreiten kann, und dass alle Angaben des Therapeuten nur Empfehlungen sind.
3. Durch falsche Angaben, haftet der Therapeut nicht für Schäden.

Unterschrift: _____

Datum: _____

Notiz:
