

**PERSONLICHE DATEN**

VORNAME	TELEFON
NACHNAME	GEBURTSDATUM
E-MAIL	BERUF
ADRESSE	

**SCHMERZEN & BESCHWERDEN**

**01** Hast du Schmerzen?  Ja  Nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

Keine  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Stark

**02** Treten folgende Beschwerden zusammen mit den Schmerzen auf?

Kribbeln  Pieksen  Taubheitsgefühl

**MEDIZINISCHE INFORMATIONEN**

**03** Befindest du dich derzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein

Wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

**04** Nimmst du momentan Medikamente? (Kortison, Blutverdünner etc.)  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**05** Bist du in den letzten Monaten operiert worden?  Ja  Nein

Wenn ja, wo: \_\_\_\_\_

**06** Leidest du unter einer der folgenden Erkrankungen? (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Offene Wunden  Ekzeme  Pilzkrankungen  Ansteckende Hautkrankheiten  Thrombosen  Venenerkrankungen  Krampfadern  Herz-Kreislauf-Probleme  
 Hoher Blutdruck  Niedriger Blutdruck  Rheuma  Epilepsie  Kopfschmerzen / Migräne  Diabetes  Osteoporose  Asthmaerkrankungen  HIV-Infektion  
 Krebserkrankung  Bekanntes Aneurysma  Arteriosklerose  Depression  Psychosen  Arthrose  Arthritis  Neuropathie

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**07** Hast du Einschränkungen im Bewegungsapparat?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Region: \_\_\_\_\_

**08** Ist ein Bandscheibenvorfall bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Wirbel: \_\_\_\_\_

**09** Hast du Zahn- oder Kieferprobleme? (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Wurzelbehandlungen  Kiefermuskel  Zähneknirschen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**WEITERE ANGABEN**

**10** Ist das deine erste Massage?  Ja  Nein

**11** Befindest du dich derzeit in weiteren Therapieformen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**12** Hast du Allergien gegen Pflegeprodukte? (Öle, Cremes, Inhaltsstoffe)

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**13** Du hattest: (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Verbrennungen  Autounfall mit Schleudertrauma  Sturz  Narben durch Unfälle oder Operationen  Sportverletzungen  Fremdkörper / Implantate

Details: \_\_\_\_\_

**14** Hast du eine sitzende oder stehende Tätigkeit?  Sitzend  Stehend

**15** Wie hoch ist dein Stresslevel?

Gering  0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Hoch

**NUR FÜR FRAUEN**

**16** Bist du schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Woche: \_\_\_\_\_

**17** Hattest du eine Sectio / Kaiserschnitt?  Ja  Nein

**18** Hast du derzeit eine schmerzhafte Periode?  Ja  Nein

Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.  
Ich bestätige hiermit, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich wissenschaftlich nichts verschwiegen habe, was bei einer Massageanwendung/Stretching von Bedeutung ist. Ebenso bestätige ich, derzeit fieberfrei sowie frei von akuten Erkrankungen/Infektionen zu sein.

ORT, DATUM \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

**Wichtig**  
Bitte gib mir Bescheid, wenn sich zwischenzeitlich etwas verändern sollte. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.  
Meine Körperarbeit, Massagen und sonstigen Anwendungen dienen der Steigerung des Wohlbefindens und unterstützen die Aktivierung deiner Selbstheilungskräfte. Ich übe keine Heilkunde aus, stelle keine Diagnosen und gebe keine Heilversprechen ab. Die Massage/Stretching erfolgt auf eigenen Wunsch und eigene Verantwortung.  
Terminvereinbarungen: Bitte sag mir rechtzeitig Bescheid, falls du einen Termin nicht wahrnehmen kannst, spätestens 24 Stunden zuvor. Andernfalls behalte ich mir vor, den Verdienstaussfall in Rechnung zu stellen.