

# Frage-Bogen



## Therapeutische Massage-Praxis Erfurt-Ringelberg

### manuelle Anwendungsbereiche

**Shiatsu, Wirbelsäulentherapie nach Dorn-Breuß, klassische Massage, Sportmassagen, kosmetische und manuelle Lymphdrainage, med. Kinesio-Taping – Aku -Ataping, Sport-Taping, Lymph-Taping, K-Taping bei Kindern, Fußreflexzonenmassagetherapie, Schulter-Hals-Nacken-Massagen gegen allgemeine Verspannungen im HWS-, BWS- oder LWS-Bereich), thailändische Chiropraktik, Psychologische Kinesiologie**

### Wellness-Bereich:

**Ayurvedische Teil- oder Ganzkörpermassage, Hot Stone – Massage**

### Anmeldungen unter

**mobil: 0172-7053645**

**Fax 0361-22796497**

### Sehr geehrte Damen und Herren!

Bevor Sie sich einer therapeutischen Massage unterziehen, füllen Sie bitte diesen Fragebogen nach besten Wissen und Gewissen aus. Beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen mit „ja“ oder „nein“ oder bspw. „ich hatte Juni 2013 eine OP im Hüftbereich“ usw.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ wohnhaft: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ (zwecks Rückruf)

allgemeine Fragen:

Welche Gründe führten Sie zu mir?

\_\_\_\_\_

Welche Erwartungen möchten Sie erfüllt haben?

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? (Bsp. Internet, Freunde, Bekannte, durch ärztlichen Vorschlag)

\_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welche Sportart? Ja    nein

\_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal eine Operation? Wenn ja, was wurde operiert? Ja    nein

\_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen Organe entfernt? Wenn ja, welche? Ja    nein

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an akuten (schnell oder plötzlich auftretende) Erkrankungen? Ja    nein

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter chronischen (immer wiederkehrende) Erkrankungen? Ja nein

---

Hatten Sie schon einmal eine ansteckende Krankheit? (zum Bsp. Herpes Zoster – Gürtelrose o. a.) Ja nein

---

Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt? Ja nein

---

Sind Sie abhängig (Medikamente, Nikotin, Alkohol, Drogen, anderes) ja nein

---

Wurde bei Ihnen eine Medikamentenunverträglichkeit festgestellt? Ja nein

---

Welche Medikamente für welche Schmerzen nehmen Sie?

---

---

Leiden Sie an Epilepsie? Ja nein

Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall?

Wenn ja, in welchem Bereich ihrer Wirbelsäule? (HWS, BWS oder LWS – L4/ L5, S1-Kreuzbein) ja nein

---

Besteht bei Ihnen Skoliose? ja nein

---

Besteht bei Ihnen Rundrücken und Hohlkreuz? Ja nein

---

Besteht bei Ihnen Skoliose / Arthritis / Osteoporose / Osteochondrose/ Morbus Bechterev o.a. ? ja nein

---

Leiden Sie unter dem Karpal-Tunnelsyndrom? Ja nein

---

Leiden Sie an akuten Entzündungen im Venen- und Lymphsystem? Ja nein

---

Besteht eine Trombosegefahr? Ja nein

---

Leiden Sie an Bluthoch- oder Blutniederdruck? - Bluthochdruck - - Blutniederdruck - ja nein

Besteht bei Ihnen Schilddrüsenüber- oder Schilddrüsenunterfunktion? Ja nein

---

Leiden Sie unter Stress/ Leistungsdruck?	Ja	nein
Bestehen Entzündungen im Bauch- oder Brustbereich?	Ja	nein
Besteht bei Ihnen eine Magen- und Darmerkrankung?	Ja	nein
Leiden Sie an bösartigen Tumoren?	Ja	nein
Wird bei Ihnen eine Chemotherapie durchgeführt?	Ja	nein
Sind Sie schwanger? (normale Geburt in Aussicht oder Risikoschwangerschaft)	Ja	nein
Nehmen Sie Blutverdünner?	Ja	nein
Leiden Sie unter ADS oder ADHS?	Ja	nein
Benutzen Sie Schuheinlagen? - auf welcher Seite links / rechts	Ja	Nein
Haben Sie Herz-/ Kreislaufprobleme?	Ja	nein
Wurde Ihnen ein Bypass gesetzt?	Ja	nein
Leiden Sie unter Migräne, Kopfschmerzen, Tinnitus		
Migräne	Ja	nein
Kopfschmerzen	Ja	nein
Wurde bei Ihnen schon einmal ein MRT / CT durchgeführt	Ja	nein
Liegen persönliche Röntgenbilder zu ihrer Wirbelsäule vor?	Ja	nein

## Wichtige Hinweise

Dieser Frage-Bogen / die Anamnese ist nur für / die meine - persönliche Akte bestimmt und wird bei Notwendigkeit ergänzt. Ich bin darüber informiert worden, dass die therapeutische Behandlung bis zu 4-6mal und zu einem festgelegten Preis oder darüber hinaus und nach weiterer Absprache erfolgen kann. Alle therapeutischen Behandlungen dienen für meine Gesundheit, zur Vorbeugung, Feststellungen von möglichen gesundheitlichen Problemen oder zur Minderung und Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens. Ebenso habe ich Kenntnis darüber erhalten, dass bei Notwendigkeit auch Fotodokumentationen zu Problembereichen (z. Bsp. Hals-, Nacken und Rückenbereich, Arme, Beine und Füße u.s.w.) gemacht werden können, zu dem ich hier meine Einwilligung mit meiner Unterschrift gebe.

**Ärztliche Befunde** können, müssen aber nicht, dem Patienten zugesandt oder zur weiteren Behandlung persönlich überlassen werden. Sofern sich diese im persönlichen Besitz befinden und um / jedoch eine gezielte Behandlung/ Anwendung durchführen zu können, wäre es ratsam, eine Kopie für die persönliche Akte unterstützend bereitzuhalten. Vorweg wird darauf hingewiesen, inwieweit sich eine weitere Behandlung lohnt/ abgelehnt oder bei einer anderen therapeutischen Einrichtung in der Nähe/ im oder anderen Ort weiterempfohlen wird.

### **BILDER AUF DATENTRÄGER**

Diese Bilder sind des Patienten persönliches Eigentum, wenn er sie per Datenträger (meist auf CD gebrannt) persönlich durch die durchführende Institution für MRT / CT oder durch den behandelnden Arzt überlassen bekommt.

### **Kinesio-Taping (Aku -Ataping, Sport-Taping, Lymph-Taping, K-Taping bei Kindern u.s.w)**

Kinesio-Taping kann mit in die Behandlung wie zum Beispiel in der klassischen Massage, der Lymphdrainagenbehandlung, bei Verletzungen (z. Bsp. Sport, auch vorbeugend), Bindegewebebehandlungen (Bindegewebsmassage) u.s.w. auf eigenen Wunsch oder Vorschlag vorbeugend oder danach mit in die therapeutische Behandlung einbezogen werden. Die Kosten müssen jedoch wie bei allen anderen therapeutischen Anwendungen oder ohne selbst getragen werden und richten sich nach Zeitaufwand, Material und Körperregion.

Da ich mich für die Behandlung/ Massage-Therapie in der Shiatsu und therapeutische Massage-Praxis Erfurt-Ringelberg entschieden habe, wurde ich ebenso darauf hingewiesen, dass alle Informationen zu meiner Person, Gesprächs- und Behandlungsinhalte, Bilder u.s.w. wie bei allen medizinisch / therapeutischen Einrichtungen vertraulich behandelt werden und nur zum Zwecke meiner persönlichen Behandlung dienen.

### **Datenschutz**

Alle Daten werden wie bisher und nach der neuen Datenschutzgrundverordnung behandelt und können jederzeit und auf Wunsch wieder gelöscht werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

