

Anamnese- Frage-Bogen



Klaus-Peter Pieles, Feiningerstraße 71, 99085 Erfurt, therapeutische Massagen und Anwendungen durch

Shiatsu, Wirbelsäulentherapie nach Dorn-Breuss, medizinisches Taping (Kinder, Jugendliche und Erwachsene), klassische Massagen, Sportmassagen, Spiralstabilisierung von Muskelketten (gezielte Rückenschule für max. 2 Personen) und Berater für psychologische Kinesiologie

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.

Ihre Daten werden ausschließlich „ihrer“ persönlichen Akte beigefügt und unterliegen der Schweigepflicht

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Email: _____ wohnhaft: _____ Beruf: _____

Tel.: _____ (zwecks Rückruf)

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

wichtige Hinweise auf -Blatt 4-

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 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 (keine Diagnose) von möglichen gesundheitlichen Problemen oder zur Minderung und Verbesserung des persönlichen Wohlbefindens. Ebenso habe ich Kenntnis darüber, dass bei Notwendigkeit auch Fotodokumentationen zu etwaigen Problembereichen (z. Bsp. Hals-, Nacken- und Rückenbereich, Arme, Beine und Füße) gemacht werden können, zu dem ich meine Einwilligung mit Unterschrift gebe.

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 wie auch bei allen medizinisch / therapeutischen Einrichtungen vertraulich behandelt werden und nur für meine persönliche Akte bestimmt sind.

Hinweis durch den Therapeuten!

Sollten Sie bei ihrer Anmeldung (nicht telefonisch) nicht die technisch-materielle Möglichkeit zum Ausdruck oder der Zusendung des Formulars - Frage- und Anamnesebogen – nutzen wollen oder können, erhalten Sie die Gelegenheit zum Ausfüllen des Formulars in der Praxis (Kostenpunkt 1,49 Cent). Sie können auch das kostenlose Kurzformular verwenden.

Ort, Datum

Unterschrift