

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Um Sie bestmöglich betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen und beim ersten Termin mitzubringen oder vorgängig an die angegebene E-Mail Adresse zu senden.

Herzlichen Dank
Ihr Therapeuten Team

Massage - Klienteninformationen

Heutiges Datum _____

Name _____

Geschlecht M W

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Strasse _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. P _____ Tel. G _____ Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung(en) _____

Hausarzt (Name & Adresse) _____

Grösse _____ cm Gewicht _____ kg

Anzahl Kinder _____ Jahrgang _____

Notfallkontakt (Name & Telefonnummer) _____

Weshalb wünschen Sie eine Massage? (Zur Entspannung, Beschwerden, Verspannungen, usw.)

Bei Beschwerden: Gab es einen Auslöser? (Schlechte Haltung, Trauma, Unfall, Schicksalsschlag, usw.)

Waren Sie diesbezüglich in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Wenn Ja, wurde ein bildgebendes Verfahren angewendet? (Ultraschall, Röntgen, MRI, CT)
Und was war das Ergebnis der Behandlung?

Wie würden Sie die Art des Schmerzes beschreiben?

Bohrender, Scharfer, Ausstrahlender, Dumpfer, Brennender Schmerz, oder anders beschreibbar?

Wie intensiv ist der Schmerz auf einer Skala von 1 bis 10? _____

Schränken Sie die Beschwerden im Alltag ein? (Beruf, Familie, Partnerschaft)

Ja Nein

Was hilft gegen die Beschwerden?

Entlastungsstellung? Ruhe? Medikament (Welches), Tageszeit, Bewegung, Klima, Vor oder nach dem Essen?

Hatten Sie kürzlich oder in den letzten 12 Monate einen Unfall oder eine Operation?

Ja Nein Wenn Ja: Was?

Gesundheitsfragen

Rückenprobleme? Ja Nein

<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/> ISG - Iliosakralgelenk
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	

Wenn Ja: Genauere Beschreibung. Was geht, was geht nicht?

Gelenkprobleme? Ja Nein

<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> Hüfte
<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/> Knie
<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Fuss

Wenn Ja: Genauere Beschreibung. Was geht, was geht nicht?

Andere Erkrankungen Ja Nein

Wenn Ja: Was?

Asthma	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
					(Allergisch, Leistungsabhängig)
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Stress	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
					(Skala 1-10 / 1=kein Stress, 10 Burnout)
Rauchen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
					(Wieviele Zig. Pro Tag? Seit wann?)
Diät zur Zeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Ärztl. Einschränkung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Therapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Wurde jemals ein EKG Durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
					(Ruhe-EKG, Belastungs-EKG)
Nur Frauen Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
HerzKreislauf- Probleme?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
					(Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Vorkommen von Herzinfarkten innerhalb der Familie vor 60 Jahren)
Blutdruck bekannt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
					(Wenn Ja: Hoch, Tief)
Ansteckende Krankheit?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
					(HIV, Hepatitis, Tuberkulose, etc.)

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben im Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu & vollständig von mir ausgefüllt und mit dem Therapeut besprochen wurden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

