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**

 [ ]  Halswirbelsäule [ ]  ISG - Iliosakralgelenk

 [ ]  Brustwirbelsäule [ ]  Bandscheibenvorfall

 [ ]  Lendenwirbelsäule

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

Gelenkprobleme? [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

 [ ]  Schulter [ ]  Hüfte

 [ ]  Ellenbogen [ ]  Knie

 [ ]  Hand [ ]  Fuss

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

Andere Erkrankungen [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

**Wenn Ja:** Was?

Asthma [ ]  Ja [ ]  Nein

 (Allergisch, Leistungsabhängig)

Bronchitis [ ]  Ja [ ]  Nein

Diabetes [ ]  Ja [ ]  Nein

Blasenschwäche [ ]  Ja [ ]  Nein

Krampfadern [ ]  Ja [ ]  Nein

Stress [ ]  Ja [ ]  Nein

 (Skala 1-10 / 1=kein Stress, 10 Burnout)

Rauchen [ ]  Ja [ ]  Nein

 (Wieviele Zig. Pro Tag? Seit wann?)

Diät zur Zeit [ ]  Ja [ ]  Nein

Ärztliche Behandlung [ ]  Ja [ ]  Nein

Ärztl. Einschränkung [ ]  Ja [ ]  Nein

Therapeutische [ ]  Ja [ ]  Nein

Behandlung

Wurde jemals ein EKG [ ]  Ja [ ]  Nein

Durchgeführt? (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG)

Nur Frauen

Schwangerschaft [ ]  Ja [ ]  Nein

Herzkreislauf-

Probleme? [ ]  Ja [ ]  Nein

 (Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, Vorkommen

 von Herzinfarkten innerhalb der Familie vor 60 Jahren)

Blutdruck

bekannt? [ ]  Ja [ ]  Nein

 (Wenn Ja: Hoch, Tief)

Ansteckende

Krankheit? [ ]  Ja [ ]  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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Notizen durch Therapeut**