

MASSAGEPRAXIS AM LANGÄCKER, GLASHÜTTEN

Cornelia Hennemann, Dorfstrasse 23, 4856 Glashütten

www.massagepraxisamlangaecker.ch

hennemann@gmx.ch



Anamnesefragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, unterschreiben Sie auf der Rückseite und senden Sie ihn an hennemann@gmx.ch oder bringen sie ihn zur ersten Behandlung mit.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Beruf: _____

Hobbys: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

Allergien: nein ja, welche?

Ärztliche Diagnose: _____

Sind Sie schwanger? nein ja

Nehmen Sie Medikamente? nein ja, welche?

Medikamente zur Entwässerung? nein ja, welche?

Nehmen Sie Schmerzmittel? nein ja, welche?

Haben Sie Prothesen (Hüfte, Schulter, Knie)? nein ja, welche?

Haben Sie Bauchbeschwerden? nein ja, welche?

Haben Sie Regelbeschwerden, Verdauungsprobleme, Chronische Darmerkrankungen, Morbis Crohn, Blut im Stuhlgang, usw.:

Sind Sie zur Zeit in fachärztlicher Behandlung? nein ja

Sind Sie in den letzten Wochen/Monaten operiert worden? nein ja, welche?

Strahlentherapie: nein ja, wann war die letzte Behandlung?

Chemotherapie: nein ja, wann war die letzte Behandlung?

Treiben Sie Sport? nein ja, welchen?

Fragen zur Familie:

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? bitte ankreuzen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheit | <input type="checkbox"/> Offene Wunden | <input type="checkbox"/> Verletzungen |
| <input type="checkbox"/> geschwollene Lymphdrüsen | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Beschwerden | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck |

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erkrankung | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Kummer |
| <input type="checkbox"/> Trauer | <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Impfungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Wie oft haben Sie Schmerzen?

- Immer
- Mehrmals am Tag
- Seltener
- Wöchentlich
- Nie

Wann haben Sie Schmerzen?

- Am Tag
- Nachts / im Liegen
- Im Ruhezustand
- Bei Belastung
- Beim Aufstehen

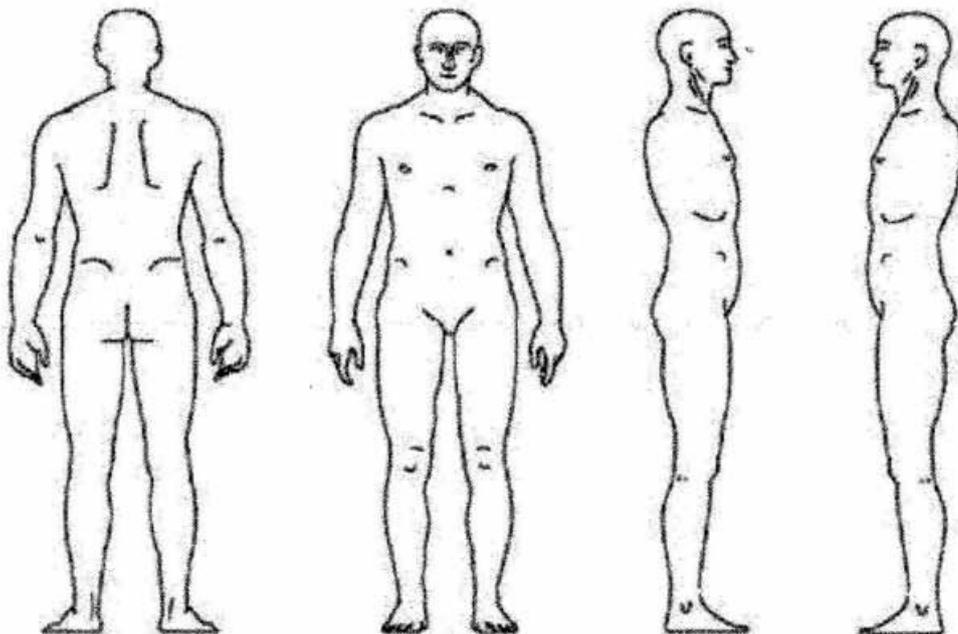
Wie sind Ihre Beschwerden??

- Immer
- Mehrmals am Tag
- Seltener
- Wöchentlich
- Keine

- Am Tag
- Nachts / im Liegen
- Im Ruhezustand
- Bei Belastung
- Beim Aufstehen

Hauptsächliche Beschwerden:

Erisipelinfekte, Thrombosen, Embolien, Traumas, Ekzeme, Hautverfärbungen, Hautveränderungen)



Bitte tragen Sie auf den nebenstehenden Figuren Ihre Schmerzstellen mit einem Kreuz, sowie alle Narben mit einem Kreis ein.

Vergessen Sie auch kleine Narben nicht.

Wie würden Sie Ihre Beschwerden beschreiben? bitte ankreuzen

- stechend brennend dumpf
 einschliessend ziehend

Kreuzen Sie bitte die Intensität Ihrer Schmerzen an 0=keine Schmerzen 10=unerträglich

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Erklärung: Hiermit bestätige ich, dass alle hier gemachten Angaben wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum, Unterschrift:
