



**Sonja Wesemann**

Wellnesstherapeutin & Entspannungscoach

Buchholzstr. 22 - 32676 Lügde

Telefon 01 52 22 02 32 18

mail@massage-luegde.de

www.massage-luegde.de

Termine nur nach Vereinbarung

## Anamnesebogen

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Geburtstag \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Internet ( )

Empfehlung von Freunden ( )

Flyer ( )

Sonstiges \_\_\_\_\_

Handelt es sich um Ihre erste Massage? Ja ( ) Nein ( )

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? Ja ( ) Nein ( )

Sind Sie in den letzten Monaten operiert worden? Ja ( ) Nein ( )

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, welche Sportart \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansteckende Krankheiten    | <input type="checkbox"/> Rheuma                 |
| <input type="checkbox"/> Offene Wunden              | <input type="checkbox"/> Epilepsie              |
| <input type="checkbox"/> Verletzungen               | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/ Migräne |
| <input type="checkbox"/> Fieber                     | <input type="checkbox"/> Diabetes               |
| <input type="checkbox"/> geschwollene Lymphdrüsen   | <input type="checkbox"/> Asthma                 |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf Beschwerden | <input type="checkbox"/> Osteoporose            |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck            | <input type="checkbox"/> Krampfadern            |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck        | <input type="checkbox"/> _____                  |

Haben Sie Erkrankungen des Bewegungsapparates? Ja ( ) Nein ( )

Wurden Sie schon mal an der Wirbelsäule operiert? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, wann und welche Wirbel? \_\_\_\_\_

Haben sie Prothesen (Knie, Hüfte, etc.?) Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie andere relevante Operationen? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Können Sie gut auf Rücken und Bauch liegen? Ja ( ) Nein ( )

Gib es Düfte, welche sie nicht mögen? Ja ( ) Nein ( )  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie noch andere Informationen, die für die Massage interessant sein können?

Nur für weibliche Klienten:  
Sind Sie Schwanger? Ja ( ) Nein ( )

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

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



**Sonja Wesemann**

Wellnesstherapeutin & Entspannungskoach

Buchholzstr. 22 - 32676 Lügde

Telefon 01 52 22 02 32 18

mail@massage-luegde.de

www.massage-luegde.de

Termine nur nach Vereinbarung