

Anmeldeformular und wichtige Informationen zur Anamnese

Name, Vorname _____ Geb. _____

Strasse _____ Krankenkasse: _____

Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Einnahme von Medikamenten (ärztlich verordnete und andere) ja nein
 z.B. Blutverdünner, Schmerzmittel, Kortison, Schilddrüsenmedikamente
 welche? _____

Implantate und Operationen ja nein
 z.B. Hüft-TEP, Knie-TEP, OP's an der Wirbelsäule, Kaiserschnitt
 Wenn ja, welche? _____

Gefässerkrankungen ja nein
 z.B. Krampfadern, Lymphödem
 Wenn ja, welche? _____

Atemwegserkrankungen ja nein
 z.B. Asthma, chronische Bronchitis, COPD
 Wenn ja, welche? _____

Herz-Kreislaufkrankungen ja nein
 z.B. Bypass, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen
 Wenn ja, welche? _____

weitere Erkrankungen

- Diabetes ja nein
- Epilepsie ja nein
- Infektionen ja nein
- Niereninsuffizienz ja nein
- Krebs ja nein
- HIV ja nein
- Hepatitis ja nein

Schwangerschaft ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

Ich bestätige, oben aufgeführte Fragen nach bestem Wissen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, gesundheitliche Veränderungen, die während des Behandlungszeitraums auftreten, umgehend mitzuteilen. Sollten wegen meines Gesundheitszustandes Vorbehalte (Kontraindikationen) gegen gewisse Behandlungen bestehen, steht es in meiner Verantwortung, solche Behandlungen trotzdem durchführen zu lassen. In diesem Fall trage ich für die entsprechenden Behandlungen die alleinige Verantwortung und entlaste die Therapeutin vorbehaltlos und ohne Einreden. Ich nehme zur Kenntnis, dass jegliche Haftung der Praxis -Medizinische Massagepraxis Kathrin Giacomelli - vorbehaltlich der gesetzlichen Bestimmungen - wegbedungen wird.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____