

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Tel. Nummer (Festnetz) _____ Mobil _____

E-Mail-Adresse: _____

Wurde schon mal eine sportmedizinische Untersuchung/ Anamnese durchgeführt? Ja Nein

Bei Vorerkrankungen oder Verletzungen: relevante Befunde / Arztbriefe nach Möglichkeit bitte mitbringen.

Gesundheitsfragen

Bestehen derzeit?

Erkrankungen des Herz-/ Kreislaufsystems: _____

Blutdruckerkrankung: _____

➤ Medikation : _____

Herzrhythmusstörungen: _____

➤ Medikation : _____

Erkrankung der Schilddrüse: _____

➤ Medikation : _____

Bestehen Allergien: _____

➤ Medikation : _____

Stoffwechselerkrankungen (z. Bsp. Diabetes mellitus) : _____

➤ Medikation : _____

Sind Sie Schwanger? ja nein

Orthopädische Operationen (z. Bsp. Knie-/ Hüft- OP?): _____

Ist Osteoporose bekannt? ja nein

➤ Wenn ja welcher Grad? _____

Bestehen psychische Erkrankungen (wie Angststörungen/ Depressionen/ Bipolarität/ Schlafstörungen?): _____

➤ Nehmen Sie hierzu Medikamente? ja nein

➤ Wenn ja welche: _____

Neurologische Erkrankungen (wie Migräne/ Gefäßspasmen/): _____

- Nehmen Sie hierzu Medikamente? ja nein
- Wenn ja welche _____

Persönliche Angaben:

Welche Beschwerden stehen derzeit im Vordergrund: _____

Womit wäre ein Erfolg der Therapie für Sie messbar/ was ist Ihr realistisches Ziel der Therapie:

Individuelle Fragen:

- Wünschen Sie einen Sport-/ Bewegungsplan? ja
- Brauchen Sie Hilfe zur Entspannung/ Einschlafen? ja
- Sind Ihnen separate Gespräche wichtig? ja
- Möchten Sie Hilfe bei Ihrer Ernährung? ja
- Wünschen Sie eine individuelle Erfassung Ihrer Situation mit entsprechendem Therapievorschlag? ja

Einwilligungserklärung:

Frau Babette Gerhardt hat mich umfangreich über die Therapie aufgeklärt und ich bin mit der besprochenen Behandlung und dem entsprechend dem Behandlungsplan/ Therapievorgehensweise einverstanden.

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung/ Therapie keine medizinische, psychotherapeutische oder physiotherapeutische Maßnahme ersetzen kann. Sollte ich aktuell an einer solchen Behandlung teilnehmen und zweifeln, dass diese Behandlung/ Therapie/ Sporteinheit passend für mich ist, werde ich medizinischen Rat einholen.

Ort/ Datum

Unterschrift



BABETTE GERHARDT
Körpertherapie

Therapie-/ Rechtsbelehrung – Kundenbogen

Name:

Geb.-Datum:

Tel. Nr.:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Mail:

Allgemeine Bestimmungen:

Hiermit bestätige ich, dass von ärztlicher Seite keinerlei Bedenken gegenüber einer Wellnessmassage/Bewegungstherapie vorliegen (Beispielhafte Kontraindikationen: Infektionskrankheiten, Hauterkrankungen, Tumore, frische Operationen sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

Eine Wellness-Behandlung, Bewegungstherapie und Einweisung in die Entspannungstherapie dienen lediglich der Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens.

Sie dient nicht zur Beseitigung einer bestimmten Indikation und ersetzt in keiner Weise eine medizinische Behandlung.

Ich bin damit einverstanden, dass Babette Gerhardt, Praxis für Körpertherapie, Herrenstr. 4, 93354 Siegenburg die Daten zu meiner Person sowie meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung einer Massage, Entspannungstherapie, Bewegungstherapie sowohl bei der Unterstützung in der Ernährung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Die aktuellen Preise sind meiner Website zu entnehmen/wurden persönlich besprochen. Eine Bezahlung erfolgt unmittelbar in Bar oder via Überweisung nach Erhalt der Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung.

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit meiner Angaben, sowie die Vertragsbestimmungen vollständig gelesen und verstanden zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Babette Gerhardt