**** **Anamnesebogen für**

**MMS - Eduard Rolheiser**

**Bleriotstraße 36**

**86159 Augsburg**

**Mobil: 0176 1014 7332**

**E-Mail:** [**rolheiser1976@gmail.com**](mailto:rolheiser1976@gmail.com)

**Web.** [**www.massage-rolheiser.com**](http://www.massage-rolheiser.com)

**Massage und Physiotherapie**

Liebe/r Klient/in,

um Ihnen die bestmögliche Behandlung bieten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen sorgfältig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

**Persönliche Daten:**

**Name**: **Vorname(n):**

**Geburtsdatum:** **PLZ / Wohnort:**

**Straße / № Telefon / Mobil-№**

**E-Mail:** **Gewicht / Größe:**

**Beruf:** **Hobby:**

**Allgemeine Gesundheitsinformationen**

Haben Sie aktuelle Beschwerden oder Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihre Hauptbeschwerden (Ort, Art des Schmerzes, Dauer, Intensität auf einer Skala von 0-10). Was bessert/verschlimmert die Beschwerden:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand und Vorerkrankungen**

Haben Sie eine/n der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden? (Bitte ankreuzen, was zutrifft):

Herz-Kreislauf-System:

Bluthochdruck (Hypertonie) Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina Pectoris)

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Thrombose/Embolie (auch in der Vergangenheit)

Herzrhythmusstörungen Krampfadern (Varizen)

Wassereinlagerungen (Ödeme) Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stoffwechsel & Drüsen:

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) Gicht

Schilddrüsenfehlfunktion Osteoporose Andere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nervensystem: Haut:

Epilepsie/Anfälle Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme, Psoriasis)

Migräne/starke Kopfschmerzen Offene Wunden/Verletzungen

Neuropathie/Nervenschäden Allergien/Empfindlichkeiten (z.B auf Öle, Lotionen)

Taubheitsgefühl/Kribbeln Narben (frisch/schmerzhaft)

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bewegungsapparat:

Arthritis/Arthrose (Gelenkentzündungen/-verschleiß) Gelenkersatz (z.B. Hüfte, Knie)

Rheuma Muskel-/Sehnenrisse (auch in

der Vergangenheit)

Bandscheibenvorfall (auch in der Vergangenheit)

Rückenprobleme (chronisch/akut) Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Immun- & Lymphsystem: Innere Organe:

Krebs/Tumorerkrankungen Nieren-/Lebererkrankungen

Geschwollene Lymphknoten Magen-Darm-Probleme

Geschwächtes Immunsystem Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: Psychische Gesundheit:

Aktuelle Erkältung/Grippe Depressionen

Fieber Angststörungen

Hepatitis Burnout

HIV Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell schwanger oder könnten Sie schwanger sein? Stillzeit?

Ja Nein nicht zutreffend Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Medikamente: Aktuelle Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie irgendwelche Allergien/Überempfindlichkeiten? Spezifische Allergien (nicht nur die Haut betreffend, z.B. bestimmte Öle, Duftstoffe, Pollen, Lebensmittel, Medikamente).

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

Hatten Sie frühere Operationen/Unfälle? Daten und Details, insbesondere wenn sie relevant für den Behandlungsbereich sind. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell bei einem Arzt oder Therapeuten in Behandlung? Wenn ja, bei welchen und wegen welcher Beschwerden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lebensstil

Nach dem Gesundheitszustand ist der Lebensstil ein wichtiger Aspekt, der Einfluss auf das Wohlbefinden und den Erfolg der Behandlung haben kann.

Körperliche Aktivität/Sport: Ja Nein

Wenn ja, welche Art, Häufigkeit und Intensität \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schlafmuster: Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Schlafprobleme? Ja Nein

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

Ernährungsgewohnheiten: (kurze Einschätzung, z.B. ausgewogen, vegetarisch, vegan, etc.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genussmittel: Rauchen Alkoholkonsum Koffeinkonsum nicht zutreffend

Stressmanagement: Wie gehen Sie mit Stress um? Gibt es Entspannungstechniken, die Sie anwenden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behandlungsziele Dieser Abschnitt ist entscheidend, um die Erwartungen des Klienten zu verstehen und die Behandlung entsprechend anzupassen.

Was möchten Sie mit der Behandlung erreichen? (z.B. Entspannung, Schmerzlinderung, Verbesserung des Hautbildes, Reduzierung von Cellulite, Linderung spezifischer Beschwerden).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie spezifische Problembereiche, auf die wir uns konzentrieren sollen? Ja Nein

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

Gibt es bestimmte Erwartungen oder Wünsche bezüglich der Behandlungsmethoden oder Produkte?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einwilligung und Unterschrift**

Dies ist der formelle und rechtlich wichtige Abschluss des Fragebogens.

Datenschutzerklärung: Bestätigung der Kenntnisnahme und Zustimmung zur Speicherung und Verarbeitung der persönlichen Daten gemäß DSGVO.

Einwilligung zur Behandlung: Bestätigung, dass der Klient über die Behandlung aufgeklärt wurde, alle Fragen beantwortet wurden und er/sie der Behandlung zustimmt.

Haftungsausschluss: Hinweis, dass der Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt wurde und der Behandler über alle relevanten gesundheitlichen Aspekte informiert wurde.

**Datum und Unterschrift des Klienten** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum und Unterschrift des Behandlers** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_