** Fragebogen 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)

**eine Gesundheitsberatung**

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

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

**Straße / №** **Telefon / Mobil-№**

**E-Mail:** **Gewicht / Größe:**

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

Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft! Diese Daten werden nicht elektronisch erfasst oder weitergegeben, lediglich manuell vertraulich abgelegt.

**Aktuelle Gesundheit:**

Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?

sehr gut gut befriedigend schlecht

Haben Sie derzeit Beschwerden oder Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, welche Art von Beschwerden/Schmerzen? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wo genau treten diese auf? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1-10? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie chronische Erkrankungen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Asthma)

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

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

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

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

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

Wurden Sie in letzter Zeit operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und warum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hatten Sie in der Vergangenheit gesundheitliche Probleme? Ja Nein

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

**Lebensweise:**

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?

Спросите о режиме питания и уровне стресса.

Ausgewogen unregelmäßig fettreich

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich ein? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wie viel?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport oder bewegen Sie sich ausreichend? Ja Nein

Wenn ja, welche Art von Sport und wie oft? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich nach dem Aufwachen erholt? Ja Nein

Wie hoch ist Ihr Stresslevel im Alltag? gering mittel hoch

Haben Sie Strategien zur Stressbewältigung? Ja Nein

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

**Soziales Umfeld:**

Wie ist Ihr soziales Umfeld? (z.B. Familie, Freunde, Kollegen) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fühlen Sie sich unterstützt und haben Sie Menschen, mit denen Sie über Probleme sprechen können? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie ausreichend soziale Kontakte? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Weitere Anmerkungen:**

Gibt es etwas, das Sie uns noch mitteilen möchten?

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

Haben Sie Fragen an uns? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einwilligung und Unterschrift:**

Dies ist der formelle und rechtlich wichtige Abschluss des Fragebogens.

Datenschutzerklärung: Hiermit erlauben Sie die Bestätigung der Kenntnisnahme und Zustimmung zur Speicherung und Verarbeitung der persönlichen Daten gemäß der DSGVO.

Einwilligung zur Gesundheitsberatung: Hiermit bestätigen Sie, dass über die Beratung aufgeklärt, alle Fragen beantwortet wurden und Sie der Beratung zustimmen.

Haftungsausschluss: Hinweis! Der Fragebogen wurde nach bestem Wissen und Gewissen von Ihnen ausgefüllt und Sie wurden über alle relevanten gesundheitlichen Aspekte informiert.

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