

Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnese

Welche Erkrankungen sind Ihnen bereits bekannt?

Zutreffendes ankreuzen, wenn ja, bitte ab wann und kurze Erläuterung

X Bluthochdruck _____

x Herzerkrankungen _____

x Thrombose oder Lungenembolie _____

x Tumorerkrankungen _____

x Schilddrüsenfunktionsstörung _____

x Diabetes mellitus (Zuckererkrankung) _____

x Arthrose/Arthritis, welche Gelenke sind betroffen?

x Operationen durch Unfall/Erkrankung _____

x Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?
Nehmen Sie auch Nahrungsergänzungsmittel ein? _____

x Was Ihnen sonst noch einfällt, das Sie mir gerne mitteilen möchten.

Ihre Angaben unterliegen der medizinischen Schweigepflicht.

Sie helfen mir einen besseren Einblick in Ihren Gesundheitszustand zu erlangen und somit die Körpertherapien entsprechend anzupassen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mitarbeit.

Medizinische Massagepraxis Astrid Mull