

Massage-Institut Well-in-Din - Duisburger Str.75 - 46535 Dinslaken - Tel.: 01525 8578934

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient, sehr geehrte Diverse,

es ist unser Ziel Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Anrede: Frau Herr Divers

Name* _____ Vorname* _____

Adresse* _____

Telefon (privat)* _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum* _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

(* Pflichtangaben)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Familie/Freunde/Bekannte Aushang/Werbeanzeige Sonstiges _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wo haben Sie Probleme / Beschwerden / Schmerzen?	
Ist Ihre Sensibilität/Ihr Empfinden verändert? (kleiner Finger kribbelt, lahmer Arm/Bein)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Tinnitus (Ohrgeräusche)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Osteoporose (Knochenschwund) oder Arthrose?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Diabetiker/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, ich bin in der Woche.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten oder haben Sie eine Tumor bzw. Krebskrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle, Operationen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bandscheibenoperationen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche:	
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Ihre Beschwerden ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Marcumar, Psychopharmaka, ASS etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche:	
Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Multiple Sklerose etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche:	
Tragen Sie Implantate (z.B. künstliche Gelenke) oder Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche:	
Haben Sie Platzangst oder ähnliche Phobien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine (egal aus welchem Grund) zu **100%** in Rechnung gestellt werden!

Dinslaken, den: _____

Unterschrift: _____