

Anamnesebogen für die Fussreflexzonenmassage

Name / Vorname:

Datum:

Strasse / Nummer:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon – privat / Natel / Geschäft:

E-Mail:

Beruf:

Zivilstand:

Kinder:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Hausarzt:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Haben Sie derzeit irgendwelche Allgemeinbeschwerden?

Welcher Art?

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Weshalb?

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?

Welche?

Nehmen Sie Medikamente?

Welche? regelmäßig?

Sind sie zurzeit schwanger?

Wenn ja, welcher Monat?

Leiden Sie unter einer der folgenden Krankheiten oder waren Sie in der Vergangenheit davon betroffen?

Allergien (Penicillin, zahnärztlich. Spritze, Asthma, Heuschnupfen)

Verdauungsprobleme

- Herzerkrankungen (Herzinfarkt, künstle. Herzklappe, Herzschrittmacher)
- Kreislaufbeschwerden
- Bluthochdruck / Bluttiefdruck
- Blutgerinnungsstörungen
- Schlaganfall
- Rheumatische Erkrankungen (Arthritis)
- Gicht
- Krebsleiden
- Atemnot
- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Bluten Sie bei Verletzungen lange nach?
- AIDS (HIV)

Fussreflexzonenmassage Kontraindikationen!

- akute Entzündungen im Venen- und Lymphsystem
- bei früheren Venenentzündungen Zustand abklären
- Fremdkörper bei Lebenswichtigen Organen
- Aneurysmen
- Transplantate
- Melanome an Händen und Füßen

- Morbus Sudeck an Füßen und Händen
- Gangrän am Fuß
- Ekzeme
- Pilz
- Schmerzhaftes rheumatische Erkrankungen
- Psychosen
- Risikoschwangerschaft

Unterschrift: