

Anamnesebogen

Vor der ersten Behandlung bitte ausfüllen. Die Angaben helfen, die Massage achtsam und passend zu gestalten.

1. Kontaktdaten

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Telefon:	E-Mail:
Adresse:	Notfallkontakt (optional):

2. Anlass und Ziel

Was fuehrt Sie zu mir? Was wuenschen Sie sich von der Behandlung?

Aktueller Schwerpunkt	☐ Entspannung ☐ Ruecken / Nacken ☐ Kiefer / Gesicht ☐ Stress / innere Unruhe ☐ Beweglichkeit ☐ anderes: _____
Gewuenschte Intensitaet	☐ sehr sanft ☐ sanft ☐ mittel ☐ kraeftiger ☐ bitte vorher absprechen

3. Gesundheitliche Hinweise

Bitte kreuzen Sie an, was aktuell oder in der Vergangenheit relevant ist.

☐ Akute Schmerzen / Entzuendung	☐ Fieber / Infekt / Unwohlsein
☐ Hauterkrankungen / offene Stellen	☐ Krampfadern / Thrombose-Risiko
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung	☐ Bluthochdruck / niedriger Blutdruck
☐ Neurologische Erkrankung	☐ Diabetes / Stoffwechselerkrankung
☐ Bandscheibe / Wirbelsaeulenprobleme	☐ Osteoporose / Knochenprobleme
☐ Operation / Unfall in den letzten 12 Monaten	☐ Krebsbehandlung / schwere Erkrankung
☐ Schwangerschaft / Wochenbett	☐ Allergien / Unvertraeglichkeiten
☐ Medikamente, die wichtig sein koennten	☐ Sonstiges

Erlaeuterungen / was soll ich beachten?

4. Fuer Gesicht / Kiefer / ästhetische Gesichtsmassage

☐ Kieferknacken / Kieferpressen / Zähneknirschen	☐ Kopfschmerz / Spannung im Gesicht
☐ Zahnbehandlung / OP im Mund-Kiefer-Bereich	☐ Botox / Filler / kosmetische Eingriffe
☐ Hautreizungen / Akne / Rosacea / Allergien	☐ Kontaktlinsen / empfindliche Augen

Hinweis: Bei Botox, Fillern, frischen Eingriffen oder akuten Beschwerden bitte vorher Ruecksprache halten.

5. Einverstaendnis

- ☐ Ich bestaetige, dass meine Angaben nach bestem Wissen richtig und vollstaendig sind.
- ☐ Mir ist bewusst, dass die Angebote von Massage Arianrhod der Entspannung, Koerperwahrnehmung und Praevention dienen und keine aertzliche, physiotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung ersetzen.
- ☐ Bei akuten Beschwerden, unklaren Symptomen oder medizinischen Fragen klaere ich die Teilnahme vorher aertzlich oder zahnärztllich ab.
- ☐ Ich informiere vor und waehrend der Behandlung, wenn etwas unangenehm ist oder abgebrochen werden soll.

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

Datenschutzhinweis: Die Angaben werden vertraulich behandelt und nur zur Vorbereitung und Durchfuehrung der gebuchten Leistung verwendet. Weitere Informationen stehen in der Datenschutzerklaerung der Website.