



Sehr geehrter Kunde, sehr geehrte Kundin

Um Sie bestmöglichst zu betreuen, bitte ich Sie, das nachfolgende Formular genau und wahrheitsgetreu auszufüllen. Selbstverständlich werden die Daten streng vertraulich behandelt.

Freundliche Grüsse  
Seraina Frandl

### Gesundheitsformular

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_  
STRASSE \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

WESHALB WÜNSCHEN SIE SICH EINE MASSAGE? (Entspannung, Beschwerden, Auslöser...)

---

---

HABEN SIE SCHMERZEN? WO UND WIE IST DIE INTENSITÄT?

---

---

WURDEN THERAPIEN UND ABKLÄRUNGEN VORGENOMMEN?

---

---

SIND SIE IN ÄRZTLICHER ODER THERAPEUTISCHER BEHANDLUNG? GIBT ES EINSCHRÄNKUNGEN?

---

---

HATTEN SIE FRÜHER ODER VOR KURZEM EINEN UNFALL?

---

---

HABEN SIE...?

|                          |                                     |                               |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| KOPFSCHMERZEN            | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| DIABETES                 | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| HERZ-/KREISLAUF-PROBLEME | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| KRAMPFADERN              | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| STRESS                   | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| ALLERGIEN                | JA <input type="checkbox"/> AUF:    | NEIN <input type="checkbox"/> |
| SCHWANGERSCHAFT          | JA <input type="checkbox"/> SSW:    | NEIN <input type="checkbox"/> |
| BLASENSCHWÄCHE           | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| VERDAUUNGSPROBLEME       | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| BLUTHOCHDRUCK            | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| NIEDRIGER BLUTDRUCK      | JA <input type="checkbox"/>         | NEIN <input type="checkbox"/> |
| KRANKHEITEN              | JA <input type="checkbox"/> WELCHE: | NEIN <input type="checkbox"/> |
| PSYCHISCHE KRANKHEITEN   | JA <input type="checkbox"/> WELCHE: | NEIN <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

