



**Rosmarie Waldinger**  
Hofener Str. 11 – 85464 Finsing  
Mobil: 0049/176-96837863  
E-Mail: rosmariewaldinger@yahoo.com

## HAFTUNGSAUSSCHLUSS UND ANAMNESEBOGEN

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**Strasse und Haus-Nr.:** .....

**Postleitzahl und Wohnort:** .....

**Geburtsdatum:** .....

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

- Empfehlung durch Bekannte / Freunde / Familie
- Im Internet
- Durch Flyer
- Geschenkgutschein
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen soll mir dabei helfen, Ihnen die bestmögliche Entspannung zu teil werden zu lassen und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft und weisen uns auf eventuell nicht erfragte, aber bestehende Beschwerden hin. Diese Daten werden nicht elektronisch erfasst, sondern lediglich manuell und streng vertraulich abgelegt.

Warum möchten Sie eine Massage in Anspruch nehmen?

- ärztliche Empfehlung
- Schmerzen durch Arbeit oder Sport
- zur Entspannung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kontaktdaten ohne Weitergabe an Dritte elektronisch gespeichert werden. Dies dient der internen Verwaltung und Sie erhalten regelmäßig nützliche Informationen und Sonderangebote. (Falls nicht gewünscht, bitte streichen!)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift



**Fragen zur Anamnese:**

Ja / Nein:

- Hatten Sie im letzten Jahr einen Knochenbruch?  /
- Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall / aktuell entsprechende Beschwerden?  /
- Haben oder hatten Sie bereits ein Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?  /
- Haben Sie Gelenkprobleme?  /
- Haben Sie Gelenkprothesen? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  /
- Haben Sie Gicht? Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen?  /
- Haben Sie Beschwerden in den Gelenken? Wenn ja, an welchen?  /
- Leiden Sie an Rheuma?  /
- Leiden Sie an Osteoporose?  /
- Haben Sie Allergien? / Unverträglichkeiten gegen Öle?  /
- Haben Sie Bluthochdruck?  /
- Bestehen Herz- oder Gefäßkrankungen?  /
- Sind Sie Diabetiker?  /
- Leiden Sie an Thrombosen / Ödeme?  /
- Leiden Sie unter Hauterkrankungen z.B. Fußpilz?  /
- Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?  /
- Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?  /
- Sonstige gesundheitliche Einschränkungen?  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_  /

**Haftungsausschluss:**

Ich weiß, dass eine Massage der Entspannung dient und nicht zur Diagnose oder Behandlung einer Krankheit, einer chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen und Verletzungen. Die Massage wird auf eigenes Risiko durchgeführt.

Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden!

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift