

Behandlungsakt

Erstbefragung/Anamnesebogen/Datenschutz

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

Behandelnder Arzt:

Vers.Nr / Kasse /

private Versicherung ☐ Ja ☐ Nein ☐ welche:

Derzeit Bekannte Diagnosen:

Derzeitiger Beruf:

Bisher ausgeübter Beruf:

Wie sind Sie auf Aromatiko aufmerksam geworden?

- ☐ Internet
- ☐ Empfehlung von Freunden
- ☐ Flyer
- ☐ Empfehlung Arzt
- Sonstiges:

Eigenanamnese:

Handelt es sich um Ihre erste Massage? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Nein: Hatten Sie im Anschluss Probleme Ja ☐ Nein ☐

Sind Allergien bekannt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, Welche?

Leiden Sie an einer Tumorösen Erkrankung? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, wurde diese Abgeklärt? Ja ☐ Nein ☐

erhalten Sie eine Therapie? Ja ☐ Nein ☐

welche:

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Hatten Sie im letzten Jahr Operationen im Behandlungsgebiet? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, Welche:

Haben Sie Prothesen oder künstliche Gelenke? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, Wo:

Sonstige Implantate? (Brust, Organe,...) Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, Wo:

Haben Sie Beschwerden an den Gelenken? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, Welche:

Behandlungsakt
Erstbefragung/Anamnesebogen/Datenschutz

Haben Sie bereits einen Bandscheibenvorfall?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, Wo:

Bestehen noch Beschwerden?

Nehmen Sie derzeit Medikamente? (v.a. Blutverdünner)

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, Welche:

Machen Sie regelmäßig Sport?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, Welchen:

Haben Sie derzeit Schmerzen?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, WO:

Nehmen Sie derzeit Schmerzmedikamente?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, Welche:

Wie fühlen sich diese Schmerzen an?

dumpf ☐

brennen ☐

stechen ☐

kribbeln ☐

tiefliiegend ☐

oberflächlich ☐

drückend ☐

ziehend ☐

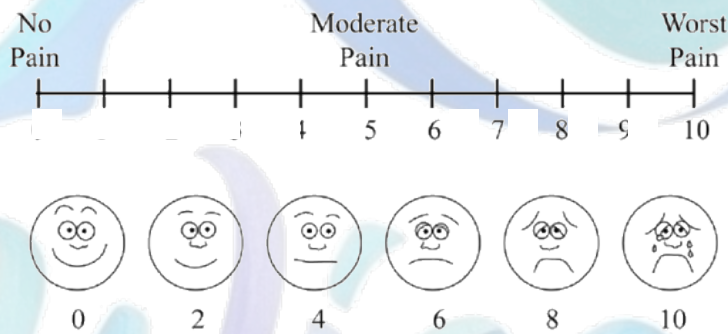
lähmend ☐

klopfend ☐

eigene Beschreibung:

Wie lange haben Sie diese schmerzen schon?

Wie stark sind Ihre Schmerzen im Moment – bitte an der Skala ankreuzen.
(0 kein Schmerz, 10 nicht aushaltbar!)



Strahlen die Schmerzen aus?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, Wohin:

Kennen Sie den Auslöser für ihre Schmerzen?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, Welche:

Haben Sie derzeit Missempfindungen?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn Ja, Wo:

Haben sie derzeit Einschränkungen?

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, Wo und Welche:

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? (Bitte Ankreuzen, wenn nicht angeführt – ergänzen)

Herz-Kreislauf Erkrankungen
Hoher Blutdruck
Niedriger Blutdruck
Fieber
Akute Verletzungen
Offene Wunden
Ansteckende Krankheiten
Krebs
Epilepsie
Sonstiges: _____

Rheuma
Osteoporose
Arthrose
Arthritis
Diabetes
Asthma
Krampfadern
Thrombosen

Erläutern Sie, was Sie bisher gemacht haben um Ihre Problematik zu lindern/beheben?

Nur für weibliche Kunden:

Sind Sie im Moment Schwanger? Ja ☐ Nein ☐ Möglich ☐

Wenn Ja, Welche Woche: _____

Haben Sie derzeit die Periode? Ja ☐ Nein ☐

Nur bei Fußmassage:

Leiden Sie an Fußpilz? Ja ☐ Nein ☐

Nur bei Schwangerschaft:

Verdauung: Sehr gut ☐ gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐

Stuhlgang: Sehr gut ☐ gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐

Wieviel Stunden Schlaf bekommen Sie pro Tag? _____ Stunden

Schlafqualität: Sehr gut ☐ gut ☐ Mittel ☐ Schlecht ☐

In welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? _____ Woche

Risiko Schwangerschaft? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja Welche: _____

Ist Ihre Schwangerschaft beschwerdefrei? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Nein, welche: _____

Voraussichtlicher Geburtstermin? _____ Datum

Mutterkindpass mit? Ja ☐ Nein ☐

Hatten Sie schon eine Geburt? Ja ☐ Nein ☐

Hatten Sie bereits einen Schwangerschaftsabbruch/Fehlgeburt? Ja ☐ Nein ☐

Behandelnder Gynäkologe: _____

Hebamme des Vertrauens: _____

Erklärung & Einwilligung:

Hiermit erkläre ich, dass alle hier getätigten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ich wurde über Informationen, mögliche Komplikationen bei den Massagetechniken Aufgeklärt.

- Verschlechterung der Schmerzsymptomatik innert der ersten 24 Stunden.
- Schmerzen bei Behandlung – sofort mitteilen
- Risiken der Elektrotherapie (Implantate,...)
- Harndrang und Kreislaufschwächen bei Lymphdrainagen. – im Anschluss viel trinken!
- Bei Asthma Erkrankungen auch die Notfallmedikation mitnehmen.
- Bei bekannten Allergien auch die Notfallmedikation mitnehmen.
- Es wird keine Diagnose seitens Therapeut gestellt.
- Risiken bei Schwangeren wurden besprochen
- Therapiekosten wurden besprochen
- Die Kosten für nicht abgesagte Termine (mind. 48 Stunden vor Termin!) werden dem Kunden/Klienten/Patienten in Rechnung gestellt. (Ausnahme: Krankheit/Akuter Krankenhausaufenthalt)

Ich bestätige hiermit, dass der Behandlungsplan und Verlauf mit mir als Patient/Kunde/Klienten besprochen wurde/wird und willige der Behandlung ein.

Ich willige der Führung eines elektronischen oder Papiergeführten Patienten-/Kunden-/Klientenaktes ein.

Ich erkläre mich Einverstanden das mein Therapeut telefonisch und schriftlich Informationen zu meiner Person und Krankheitsverlauf, sowie dem Behandlungsverlauf mit meinem überweisenden Arzt besprechen darf.

Ich erkläre mich Einverstanden, das meine in der Anamnese angegebenen Kontaktdaten zur kontakt Aufnahme genutzt werden dürfen.

Ort, Datum	Name leserlich	Unterschrift

Datenschutzgrundverordnung

Hiermit wurde ich über die DSGVO aufgeklärt.

Die vom Patienten/Kunden/Klienten angeführten Daten werden 10 Jahre nach der letzten Behandlung gesichert.

DSGVO: [EUR-Lex - 32016R0679 - DE - EUR-Lex \(europa.eu\)](#)

Ort, Datum	Name leserlich	Unterschrift