

ANAMNESEBOGEN

PERSÖNLICHE DATEN

Vorname
Nachname
SV-Nr. (XXXXTTMMJJ)
Tel.Nr.
E-Mail Adresse

MEDIZINISCHE DATEN

Ich nehme derzeit folgende Medikamente: (Blutverdünner, Markumar, Thrombo Ass, Blutdruckmittel, Immunsuppressiva,...)



HEILMASSAGE JOHANNA HOFBAUER

1210 Wien, Spitzweg 94
0677/61301579

johanna.hofbauer5@chello.at
www.heilmassage-hofbauer.at

Bekannte Allergien und allergische Reaktionen

Ich habe schon einmal allergisch auf Salben/Öle reagiert

Ich habe eine Histaminunverträglichkeit

Ich habe Allergien gegen Nahrungsmittel

Medikamente

Pollen

Tierhaare

Diese wirken sich aus auf Haut (jucken, Ekzeme, Bläschen,...)

Bronchien, Lunge

Nase (Rhinitis)

Rachenraum

Bei mir waren/sind folgende Probleme/Erkrankungen bekannt

Asthma bronchiale

COPD

Verdauungstrakt

Niere/Harntrakt

Genitaltrakt

Diabetes

Schilddrüse Über-, Unterfunktion

Organfunktionsstörungen

Herzinfarkt

Angina pectoris

hoher Blutdruck

niedriger Blutdruck

Herzinsuffizienz

Krebs

Schlaganfall

Neurodermitis

Psoriasis

Venenerkrankungen

Thrombose

Lymphsystem Schwäche

Arterien (PAVK / Schaufensterkrankheit)

Aneurisma

Autoimmunerkrankungen

Osteoporose

Epilepsie

Depressionen

Psychosen

Mb.Parkinson

(Poly)neuropathie

sonstige neurologische/psychische Probleme

Arthrosen

Arthritis

Bandscheibe-Problematiken

Rückenmarksverletzungen

Gleitwirbel

Wirbeleinbrüche

Skoliose

sonstige Wirbelsäulenprobleme

Unfälle / Verletzungen

Transplantationen

Implantate

Prothesen

Herzschrittmacher

Defibrillator

Splitter

künstlich Gelenke

Metall, Schrauben, Verplattungen

Stent/Shunt/Bypass

Sonstige Erkrankungen, Probleme, Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, welche Sie mir mitteilen wollen:

Ich bestätige, alle Angaben sorgfältig gemacht zu haben, derzeit fieberfrei zu sein und auch keine akute Erkrankung/Infektion zu haben.

Ich habe keine Impfung in den letzten 48 Stunden erhalten.

Datum

Unterschrift