

Fragebogen vor der ersten Behandlung

Datum: _____



Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ PLZ/Wohnort: _____

Straße/Nr.: _____ Tel.Nr.: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen gewissenhaft! Diese Informationen helfen die Shiatsu-Behandlung wirksam und risikofrei für Ihre Gesundheit durchzuführen.

	NEIN	JA
Hatten Sie im letzten Jahr einen Knochenbruch? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie nicht ausgeheilte Narben? (Von Verletzungen, Operationen o.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Hautkrankheiten oder haben Sie akute Verbrennungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Wucherungen unter der Haut? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Geschwüre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Thrombosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie lymphatische Ödeme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Rheuma? Wenn ja, welche Gelenke sind davon betroffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenvorfall? Wenn ja, wann? Haben Sie noch Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie bereits ein Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gelenkprothesen? Wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden an Gelenken? Wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie HIV-Positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie infektiöse Krankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie allergisch gegen eine oder mehrere Ölessenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Fußpilz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur bei Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur bei Frauen: Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe weitere körperliche Probleme: _____



Ich möchte die Fragen **nicht** beantworten und auf eigene Verantwortung behandelt werden.