



Holger Harz  
Massagetherapeut

Scheidswaldstraße 17  
60385 Frankfurt am Main  
0171-69 36 844

[mail@massagetherapeut-frankfurt.de](mailto:mail@massagetherapeut-frankfurt.de)

## Anamnese-Fragebogen

Vorname	Name
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beruf
Mobil	E-Mail

Alle angebotenen Massagevarianten (Klassische Massage, Sportmassage, Wellnessmassage und Mobile Massage) dienen der Entspannung, Wellness und Prävention. Die Massagen sind keine medizinische Leistung, wie sie ein Arzt, Heilpraktiker oder med. Masseur durchführt. Eine Abrechnung über Krankenkassen ist nicht möglich. Als Massagetherapeut erstelle ich keine Diagnosen und behandle keine Symptome. Da während der Massage nicht nur die Muskeln, sondern auch Gefäße und Lymphe mit massiert werden, bin ich verpflichtet den Gesundheitszustand des Kunden zu erfragen. Im Folgenden werden Kontraindikationen besprochen, bei denen ggf. eine präventive Massage nicht durchgeführt wird.

<b>(Vor-) Erkrankungen (falls zutreffend, bitte ankreuzen und ggf. ergänzen):</b>		
Medikamenteneinnahme Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Operationen Welche/Wann?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektiöse Erkrankungen Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Akute Entzündungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Thrombosen/Venenentzündungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herz-/Kreislaufkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Arthritis (Gelenkentzündung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Karzinome (Krebserkrankungen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Offene Wunden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Implantate	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hauterkrankungen (z.B. Fußpilz)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einnahme v. Blutverdünnungsmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Holger Harz  
Massagetherapeut

Scheidswaldstraße 17  
60385 Frankfurt am Main  
0171-69 36 844

[mail@massagetherapeut-frankfurt.de](mailto:mail@massagetherapeut-frankfurt.de)

## Anamnese-Fragebogen Teil 2

Sportverletzungen Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rücken-/ Bandscheibenprobleme Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Erkrankungen Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien Welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaft Monat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

<b>Weitere Informationen/Notizen (vom Massagetherapeuten auszufüllen)</b>

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass

- keine Diagnose erstellt und kein Heilversprechen gegeben wird
- eine Massage eine angemessene med. Betreuung nicht ersetzt
- keine Erotikmassagen durchgeführt werden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Weiterhin verpflichte ich mich, Veränderungen bezüglich meines Gesundheitszustands unaufgefordert bekannt zu geben. Der Massagetherapeut verpflichtet sich, über die gemachte Angaben Stillschweigen zu bewahren und sie für Dritte unzugänglich aufzubewahren.

Ich bin damit einverstanden über Neuigkeiten und Angebote in der Massagepraxis via E-Mail informiert zu werden:                       ja                       nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde