

## *Befunderhebung/Anamnese*

---

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Str./HausNr.: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

VersicherungsNr: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wenn Sie bei einem Spezialisten in Behandlung waren oder aktuell sind, bitte hier eintragen:

---

### **Wie sind Sie auf ND- Für ein Leben in Balance aufmerksam geworden?**

---

Bitte beantworten Sie folgenden Fragen gewissenhaft! Diese Daten werden nicht elektronisch erfasst oder weiter gegeben, sondern lediglich manuell vertraulich abgelegt. Wenn Sie nicht alle Fragen beantworten möchten, so bitte ich Sie dennoch wichtige Informationen, die für eine Massagebehandlung relevant sind zu beantworten (Beispiel: Krebserkrankungen, Bypass usw).

Für wichtige Informationen, die bewusst zurückgehalten wurden, übernimmt ND- Für ein Leben in Balance, Nicole DePaoli, keine Haftung bei eventuellen Folgeschäden.

Leiden Sie an Hauterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Welche:
Haben Sie erhöhten Blutdruck? Wenn ja, wie sind die Durchschnittswerte?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie niedrigen Blutdruck? Wenn ja, wie sind die Durchschnittswerte?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Verdauungs-Problemen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie Krampfadern?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Thrombose?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Gicht? Wenn ja, welche Gelenke sind davon betroffen?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Rheuma? Wenn ja, wo haben Sie rheumatische Beschwerden, und wann treten sie vermehrt auf? (Tageszeit)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie lymphatische Ödeme?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Nicole DePaoli • Dipl. Heilmasseurin & ML Therapeutin • Dipl. Mentaltrainerin

Hatten Sie schon einmal einen Bandscheibenvorfall? Wenn ja: Wann? Haben Sie noch Beschwerden?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie bereits ein Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsyndrom?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie HIV?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie infektiöse Krankheiten? Wenn ja: Welche?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Epilepsie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Panikattacken?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Osteoporose?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Hatten oder haben Sie Krebs?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Reagieren Sie auf bestimmte Lebensmittel oder Öle allergisch?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Fusspilz?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Nur bei Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, im wievielten Monat?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Haben Sie Erkrankungen/Beschwerden, die nicht genannt wurden?

Nicole DePaoli • Dipl. Heilmasseurin & ML Therapeutin • Dipl. Mentaltrainerin

Wenn ja, welche?

---

- Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten. Es ist mir bewusst, dass ich für wichtige nicht mitgeteilte Informationen selbst hafte.

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

ND- Für ein Leben in Balance