



# Gesundheitsfragebogen

## Praxis Sissi Dreu

Herzlich Willkommen in meiner Praxis für  
ganzheitliche Körperarbeit!

Um Sie optimal behandeln zu können, benötige ich einige Informationen zu Ihnen als Person und zu Ihrem Beschwerdebild. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergeben.

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit die folgenden Fragen sorgfältig zu beantworten und unterschreiben Sie bitte an den angeführten Stellen. Wenn Sie medizinisch diagnostizierte Symptome aufweisen oder unter Krankheiten leiden, kann Massage eine Kontraindikation sein. Eine Erlaubnis oder Überweisung ihres Arztes ist möglicherweise nötig um eine Heilmassage oder Körperarbeit durchzuführen.

NAME:

\_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ GEB.DAT: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

EMPFOHLEN VON: \_\_\_\_\_

IM NOTFALL BENACHRICHTIGEN SIE BITTE:

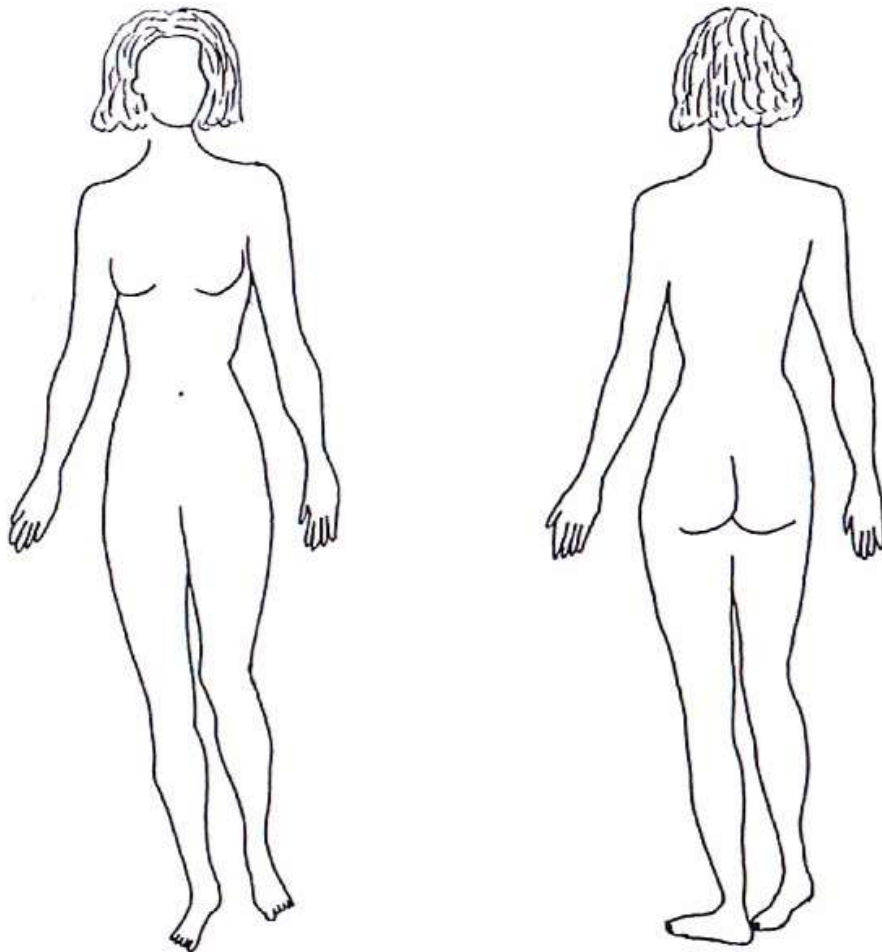
\_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_



## Gesundheitsfragebogen Praxis Sissi Dreu

Wenn Sie eine der folgenden Fragen mit Ja beantworten, beschreiben Sie bitte so genau wie möglich.

Bitte zeichnen Sie die Beschwerdezone(n) ein:



Bei Schmerzen bitte die Stärke angeben:



# Gesundheitsfragebogen

## Praxis Sissi Dreu

Momentan: \_\_\_\_\_ (1-10)      Maximal: \_\_\_\_\_ (1-10)

- Leiden Sie häufig unter Stress? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie Diabetes? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Schilddrüsenfunktionsstörung? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Sind Sie schwanger? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie Arthritis? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Tragen Sie Kontaktlinsen oder einen Zahnersatz? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie Herz-Kreislaufprobleme? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie hohen Blutdruck und/oder nehmen Sie Medikamente?  
Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter Epilepsie oder Anfällen? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter Schwellungen der Gelenke? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie Krampfadern? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine ansteckende Krankheit? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie Osteoporosis? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Nüsse, Jod, Schellfisch, Parfum, Blumen, Düfte.....) Nein \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_
- Bekommen Sie leicht blaue Flecken? Ja \_\_\_\_\_ Nein \_\_\_\_\_
- Hatten Sie in den letzten 2 Jahren einen Knochenbruch? Nein \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie in den letzten 2 Jahren eine Verletzung? Nein \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter einem Bandscheibenvorfall oder Rückenschmerzen?  
Nein \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_
- Haben Sie stechende Schmerzen oder ein Taubheitsgefühl? Nein \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_
- Sind Sie empfindlich auf Berührung oder Druck? Nein \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_
- Hatten Sie jemals eine Operation? Nein \_\_\_\_\_  
Ja \_\_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_



# Gesundheitsfragebogen

## Praxis Sissi Dreu

- Haben Sie andere medizinische Probleme, oder nehmen Sie Medikamente (auch Homöopathische, bzw. Energetische Medikamente)?

Nein\_\_\_\_Ja\_\_\_\_welche:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Konsumieren Sie Alkohol?

Nein\_\_\_\_Ja\_\_\_\_wieviel\_\_\_\_\_

- Rauchen Sie?

Nein\_\_\_\_Ja\_\_\_\_wieviel\_\_\_\_\_

- Haben Sie eine Krebserkrankung?

Nein\_\_\_\_Ja\_\_\_\_

welcher Art?\_\_\_\_\_

- Andere Erkrankungen:

\_\_\_\_\_

- Haben Sie in Ihrem Alltag außergewöhnliche Belastungen, mental, emotional, in Beziehungen (Familie, Freunde, Arbeit....)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Hatten Sie im Laufe Ihres Lebens traumatische Erlebnisse, physisch, mental, emotional? (Unfälle, Verlust, Misshandlung.....)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Gesundheitsfragebogen

## Praxis Sissi Dreu

- Haben Sie jemals eine Massage, Energiearbeit oder Körperarbeit empfangen? Nein\_\_\_\_ Ja\_\_\_\_ Wann?\_\_\_\_\_ Welcher Art?\_\_\_\_\_
- Was sind Ihre Ziele und Wünsche für Ihre heutigen Termin? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Welchen Druck / Tiefe bevorzugen Sie? Leicht\_\_\_\_Mittel\_\_\_\_Tief\_\_\_\_\_

Ich verstehe, daß die Heilmassage/Energiearbeit/Körperarbeit die ich empfangen, ausschließlich der Entspannung, Energie Ausgleichung und Befreiung von Muskelspannung dient. Sollte ich während des Termines Schmerzen oder Unbehagen empfinden, werde ich die Therapeutin sofort darüber in Kenntniss setzen damit eine Anpassung an meinen persönlichen Komfort stattfinden kann. Ich verstehe auch, daß Heilmassage/Energiearbeit/Körperarbeit sind KEIN ERSATZ für eine medizinische Untersuchung, Diagnose oder Behandlung. Ich bin mir bewusst dass ich im Krankheitsfall oder Disposition einen Arzt, Chiropraktiker, oder eine andere medizinisch qualifizierte Stellen aufsuche. Ich verstehe das die Therapeutin keine Diagnose stellt oder eine Krankheit behandelt. Weiters stimme ich zu die Therapeutin über meinen aktuellen Gesundheitszustand wahrheitsgemäss zu informieren und eine allfällige Ärztliche Erlaubniss zum Termin mitzubringen. Ich verstehe dass keine Haftbarkeit auf Seiten der Therapeutin vorliegt, wenn ich es verabsäume diese medizinischen Informationen auf dem letztgültigen Stand zu halten. Weiters stimme ich zu dass jedwede rechtswidrige, unmoralische, oder sexuell suggestiven Bemerkungen oder Handlungen in einem sofortige Abbruch des Termines resultieren, wobei der Klient zu vollem Kostenersatz des abgebrochenen Termines haftbar ist.

Unterschrift:\_\_\_\_\_

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



# Gesundheitsfragebogen

## Praxis Sissi Dreu

### ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

#### Auskünfte über ärztliche Diagnosen und vorhandene Befunde:

Der Klient ist uneingeschränkt für die vollständige und wahrheitsgemäße Auskunft über den aktuellen Gesundheitszustand verantwortlich. Bei Einbehaltung wichtiger Befunde, Diagnosen oder ärztlicher Anordnungen die den Klienten betreffen übernimmt die Praxis Elisabeth Weilharter keinerlei Haftung.

#### Kosten für erbrachte Dienstleistungen:

Kosten für erbrachte Dienstleistungen sind sofort nach Erhalt der Dienstleistung in Bar fällig. Heilmassagen mit ärztliche Überweisung USt befreit, alle Wellness und Coaching Termine zuzüglich 20% USt.

#### Terminänderungen – Terminabsage – Terminversäumniss:

Terminänderungen müssen mindestens 48 Stunden vor Terminbeginn persönlich oder telefonisch vereinbart werden.  
Bei Terminabsagen innerhalb von 24 Stunden ist der Klient für 50% der Kosten verantwortlich, nach Terminbeginn für 100% aller Kosten.  
Im Falle einer Terminversäumniss ohne vorherige Verständigung ist der Klient für 100% der Kosten verantwortlich.  
Neuerliche Termine sind nur nach Bezahlung der versäumten Verpflichtungen möglich.

#### Verspätetes Ankommen zum vereinbarten Termin:

Wenn ein Klient zu spät zum vereinbarten Termin ankommt, wird der Termin dementsprechend verkürzt um folgende Termine nicht zu beeinträchtigen. Der Klient ist verantwortlich für die vollen Kosten des Termines.

Aus Respekt für Ihre Therapeutin und anderen Klienten, planen Sie bitte pünktlich zu sein.

Ich freue mich Sie begrüßen zu dürfen.



# Gesundheitsfragebogen Praxis Sissi Dreu

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_