



# massagepraxis schoch

klassische und therapeutische massagen

## Persönliche Angaben

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Geburtsdatum	Beruf
Privat	Mobile
Geschäft	e-mail:
Krankenkasse	Hausarzt

## Wichtige Hinweise:

- Vor der ersten Behandlung wird eine Anamnese aufgenommen.
- Für jeden Patienten wird ein Patientenblatt / KG geführt.
- Die Therapeutin unterliegt der Schweigepflicht. Ihre Daten werden nur für die Behandlung erhoben und für keinen anderen Zweck benötigt oder weitergegeben.
- Die Art der Behandlung wird vorgängig besprochen.
- Bei Nichterscheinen zu dem vereinbarten Termin, wird dieser in Rechnung gestellt, sofern er nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurde.
- Die Therapeutin übernimmt keine Garantie, dass die Krankenkasse die erbrachten Leistungen bezahlt.
- **Für die Therapeutin ist der Patient der Schuldner.**



# massagepraxis schoch

klassische und therapeutische massagen

## Medizinische Fragen

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? **Ja** **Nein**  
Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon Operationen, Unfall oder schwere Verletzungen? **Ja** **Nein**  
Wenn ja, welche und wann?

Erkrankung des Bewegungs- oder Stützapparates mit Funktionsstörung?  
(Bandscheibe, Skelett, M. Scheuermann, M. Bechterew, Gliedmassen, Gelenke) **Ja** **Nein**

Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? **Ja** **Nein**  
Wenn ja, weshalb?

Leiden Sie unter Allergien, Überempfindlichkeit, Krampfandern?  
(Heuschnupfen, Lebensmittel, Medikamente) **Ja** **Nein**  
   
Wenn ja, welche?

Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? **Ja** **Nein**  
(Immunsystem z.B. MS, HIV/AIDS, Hepatitis, Tumor, Blutungsneigung)

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich die Angaben gelesen und wahrheitsgemäss ausgefüllt habe, sowie den wichtigen Hinweisen zustimme.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass die Therapeutin B. Schoch, anfallende Rapporte und Arztberichte mit Ihrem Arzt oder Ihrer Krankenkasse besprechen und weiterleiten darf.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_