

# ANAMNESE BOGEN

Um für Sie eine optimale Anwendung des **US2A** (Cavitation), EMS Elektrostimulation oder Lymphdrainage sicherzustellen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. All Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

## Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_ Geschlecht  weiblich  männlich \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Größe (in cm) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Körperbau  schmal  normal  kräftig \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unser Institut aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Problembeschreibung / gewünschtes Anwendungsgebiet \_\_\_\_\_

## Angaben zu Lebensgewohnheiten und zur Krankengeschichte (Teil I)

Art der Ernährung  normal  leicht/Diät  unausgewogen  reichhaltig  basisch  sauer \_\_\_\_\_

Anzahl der Mahlzeiten pro Tag \_\_\_\_\_

Essen Sie Süßigkeiten?  Ja  Nein | Wenn "Ja", eher  wenig oder  viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Kaffee?  Ja  Nein | Wenn "Ja", wie viele Tassen pro Tag? \_\_\_\_\_ Tassen

Rauchen Sie?  Ja  Nein | Wenn "Ja", wie \*viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_ Zigaretten

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein | Wenn "Ja",  wenig,  mäßig oder  viel? \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre Darmfunktion?  schlecht  normal  übermäßig \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?  Ja  Nein | Wenn "Ja", welchen und wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Allergien?  Ja  Nein | Wenn "Ja", unter welchen? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Neurodermitis?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

bitte wenden ↗

## Angaben zu Lebensgewohnheiten und zur Krankengeschichte (Teil II)

Leiden Sie unter Schuppenflechte?  Ja  Nein

---

Hatten Sie schon eine Schönheits-OP?  Ja  Nein | Wenn "Ja", welche?

---

Haben Sie schon Diäten durchgeführt?  Ja  Nein | Wenn "Ja", welche und wie oft?

---

### Nur von Frauen auszufüllen

Haben sie Ihre Periode  Ja  nein

---

Liegt momentan eine Schwangerschaft vor?  Ja  Nein

---

Nehmen Sie Hormonpräparate?  Ja  Nein | Wenn "Ja", welche?

---

### "Nicht-Therapeuten" sollten bei folgenden Indikationen keine Anwendungen durchführen!

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein

---

Leiden Sie an Angina Pectoris /Koronarer Herzkrankheit?  Ja  Nein

---

Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate einen Herzinfarkt?  Ja  Nein

---

Haben Sie frische Narben?  Ja  Nein | Wenn "Ja", wo?

---

Haben Sie Krampfadern?  Ja  Nein

---

Hatten Sie in den letzten 12 Monate eine Thrombose?  Ja  Nein

---

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel?  Ja  Nein / Wenn „Ja“ welche?

---

Leiden Sie an Multipler Sklerose, Epilepsie oder einer anderen neurologischen Erkrankung?  Ja  Nein | Wenn "Ja", an welcher?

---

Leiden Sie an einer hier nicht aufgeführten Krankheit?  Ja  Nein | Wenn "Ja", an welcher?

---

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein | Wenn "Ja", aus welchem Grund?

---

Nehmen Sie Medikamente ein?  Ja  Nein | Wenn "Ja", zu welchem Zweck?

---

### Wichtiger Hinweis:

Hiermit bestätige ich, das ich vollständig über die Risiken aufgeklärt wurde und die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Sollten sich, aufgrund unvollständiger und nicht wahrheitsgemäße Aussagen, Nachteile durch die Anwendung ergeben, gehen diese zu meinen Lasten und nicht zu Lasten des Institutes. Mir ist bewusst, dass ich die Anwendung durch die Cavitation / Muskelstimulation oder Lymphdrainage auf eigene Gefahr behandeln lasse.

---

Ort

Datum

Unterschrift des Kunden