

Bitte füllen Sie diesen Anamnese Fragebogen vor Ihrem Behandlungstermin aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

Männlich:   
Weiblich:

**VORERKRANKUNGEN?**

Epilepsie, Diabetes, Herpes Simplex	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt oder schwaches Herz	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Metall- oder Intim Implantat	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall Patienten	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Kupferspirale	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Offene Wunden oder Verletzungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Bösartige Tumore	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

Mindestens eine Stunde vor der Behandlung keine Mahlzeit essen oder trinken. Tragen Sie kein Metall am Körper und unter den Handstücken. Essen und Trinken nach der Behandlung.

- Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns körperliche- oder psychische Erkrankungen vor Aufnahme der Behandlung mitgeteilt haben.
- Eine Garantie für den zu erwarteten Erfolg kann aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift