

Klientenfragebogen

Name: _____

Datum: _____

Haben Sie Allergien?

Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Operationen?

Ja / Nein

Haben Sie Hauterkrankungen? Verbrennungen? Offene Wunden?

Ja / Nein

Pilzerkrankungen, Ekzeme? Warzen?

Ja / Nein

Haben Sie vaskuläre Gefäßerkrankungen?

Ja / Nein

Haben Sie Thrombosen oder Venenentzündungen?

Ja / Nein

Haben Sie eine Herzinsuffizienz?

Ja / Nein

Haben Sie entzündete Krampfadern?

Ja / Nein

Leiden Sie unter Epilepsie?

Ja / Nein

Leiden Sie unter neurologischen Beschwerden?

Ja / Nein

Haben Sie Verletzungen oder Anomalien an der Wirbelsäure?

Ja / Nein

Sind Sie gerade erkältet?

Ja / Nein

Haben Sie akut Krebs? Oder hatten Sie in den letzten 12 Monaten Krebs?

Ja / Nein

Sind Sie schwanger?

Ja / Nein

Haben Sie sonstige Krankheiten oder Beschwerden?

Ja / Nein

Unterschrift
