



**Anamnese und Patienten - Blatt von**

**Nachname:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Strasse / Haus Nr.:** \_\_\_\_\_

**Plz / Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**weiblich**  **männlich**  **geboren am:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_ **Jahre**

Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente (auch Salben, Pflaster, Kopfschmerztabletten,...) ein?  
Wenn ja, welche und wie viel pro Tag?  Ja  Nein

---

---

Wurden Sie schon einmal operiert oder hatten Sie sonstige besondere Erkrankungen, z.B. einen Unfall, schwere Verletzungen, Knochenbrüche? Wenn ja, welche und wann?  Ja  Nein

---

---

Erkrankungen des Bewegungs- oder Stützapparates mit Funktionseinschränkungen ( z.B. Skelett, Wirbelsäule, Gliedmaßen, Gelenke)?  Ja  Nein

---

---

Befanden Sie sich in der letzten Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn Ja, weswegen?  Ja  Nein

---

---

Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (z.B. Neigung zu Nasenbluten, blauen Flecken ohne besonderen Anlass)?  Ja  Nein

---

---

Allergien / Überempfindlichkeits – Reaktionen (z.B. Heuschnupfen, Allergie gegen Lebensmittel, Tierhaare, Medikamente, Latex)?  Ja  Nein

---

---

Suchterkrankung (z.B. Alkohol- oder andere Drogensucht, regelmäßiger Drogengebrauch)?  Ja  Nein

---

---

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, HIV/AIDS, Gelbsucht, Hepatitis)?  Ja  Nein

---

---

Sonstige, hier nicht aufgeführte Erkrankungen (z.B. des Immunsystems, Hauterkrankungen, Tumore, Vergiftungen)? Wenn ja, bitte nähere Angaben:  Ja  Nein

---

---

Neigt ihre Haut zu Bindegewebsstörungen bzw. zu Celulite?  Ja  Nein

---

---

**Frauen geben bitte vor jeder Behandlung gegenüber dem Behandelnden an**

- ✓ **des Status ihrer Menstruation,**
- ✓ **ob eine Schwangerschaft vorliegt oder nicht.**

**Das ist sehr wichtig, um die Behandlung entsprechend anzupassen, um evtl. körperliche Beeinträchtigungen zu vermeiden.**

### **Wichtige Hinweise:**

- ✓ Bei allen Seminaren und Behandlungen des Angebotes der Thai Yoga Lounge Gesundheitspraxis ist Selbstverantwortlichkeit und normale psychische wie physische Belastbarkeit vorausgesetzt. Sämtliche Übungen und Behandlungen erfolgen auf Ihr eigenes Risiko und Ihre eigene Verantwortung. Bei Bedenken können jederzeit Übungen oder Behandlungen ausgelassen werden. Wenn Sie sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, besprechen Sie die Teilnahme bitte mit Ihrem Therapeuten. Wegen der Bestimmungen des Heilpraktikergesetzes weisen wir darauf hin, dass innerhalb der Thai Yoga Lounge Gesundheitspraxis und der hier angebotenen Seminare, Massagen und Meditationen keine Heilbehandlungen durchgeführt werden. Teilnehmer mit behandlungsbedürftigen Leiden bitten wir, mögliche Ursachen der Beschwerden mit Ihrem behandelnden Arzt/Heilpraktiker abzuklären. Die Teilnahme an allen Seminaren, Massagen Meditationen und weiteren Angeboten der Thai Yoga Lounge Gesundheitspraxis erfolgt unter Ausschluss jeglicher Haftung.
- ✓ Vor der ersten Behandlung wird Ihre Anamnese (Krankengeschichte) d.h. die Teile davon, die für die Behandlung wichtig sind, aufgenommen.
- ✓ Für jeden Kunden, jede Kundin wird ein Patientenblatt geführt.
- ✓ Der Behandelnde unterliegt der Schweigepflicht. Ihre Daten werden von uns nur für die Behandlung erhoben und für keinen anderen Zweck benötigt oder weitergegeben.
- ✓ Die Art der Behandlungen müssen vorgängig vereinbart werden
- ✓ Bei nicht erscheinen zu den vereinbarten Terminen werden, diese in Rechnung gestellt, sofern sie nicht 24 Stunden vorher abgesagt wurden.
- ✓ Die Leistungen müssen bar bezahlt werden. Leistungen die durch Empfehlungen der Thaiyogalounge Gesundheitspraxis von anderen Behandelnden Unternehmen erbracht werden sind nach den Preise und Richtlinien dieser Unternehmen zu entrichten und haben keinen rechtlichen Bezug zur Thai Yoga Lounge Gesundheitspraxis.

**Ich bestätige durch meine Unterschrift das ich die Angaben im Anamnese und Patienten - Blatt von Seite 1 bis Seite 3 der Thai Yoga Lounge Gesundheitspraxis gelesen habe, wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und den wichtigen Hinweisen auf Seite 3 zustimme.**

**Datum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ **Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_