



Gesundheitsfragebogen

Name:	Geburtsdatum:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:

	Ja	Nein
Wurden Operationen an dir vorgenommen? Welche/Wann?		
Hast du elektrische Implantate? (z.B Herzschrittmacher)		
Hast du Stents oder Bypässe < 6Mt.?		
Leidest du unter Thrombose/sonstige Durchblutungsstörungen?		
Besteht eine Blutungsstörung/Blutungsneigung? (Hämophilie)		
Bestehen eine akute Erkrankung, bakterielle Infektion oder entzündliche Prozesse?		
Bestehen neuronale Erkrankungen? (Epilepsie)		
Bestehen Tumor/Krebserkrankungen?		
Hast du ein Leisten/Bauchwandhernie?		
Hast du Diabetes?		
Bist du Schwanger?		
Leidest du an Herzrhythmusstörungen?		
Hast du sonstige kardiovaskuläre Erkrankungen? (Arteriosklerose/Hypertonie)		
Hast du grössere Flüssigkeitsansammlungen im Körper? (Ödeme)		
Nimmst du momentan irgendwelche Medikamente? Wenn ja, welche?		
Hast du akute nichtdiagnostizierte Rückenschmerzen?		
Hast du akute Neuralgien oder Bandscheibenvorfall? Wenn ja, wo?		
Gibt es bestehende Verletzungen am Muskelapparat?		
Leidest du an Erkrankungen der inneren Organe?		
Hast du Hautverletzungen?		
Hast du momentan Sonnenbrand, Verbrennungen, Hautirritationen?		
Hast du bekannte Hautunverträglichkeiten?		
Stehst du unter akutem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Rauschmittel?		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Gesundheitsfragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und es in meiner Verantwortung liegt, das Center über Änderungen meines Gesundheitszustandes bezüglich obenstehender Fragen, zu benachrichtigen. Ich bestätige die Hausregeln gelesen und damit einverstanden zu sein.

Ort: _____

Unterschrift: _____

