

Medical history form

# Wellness-Massage Amberg (Aschach)

Sehr geehrte Kunden, dieser Fragebogen hilft mir dabei, Ihnen die bestmögliche Massage anzubieten und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Bitte beantworten Sie alle Fragen gewissenhaft und weisen mich auf eventuell nicht erfragte aber bestehende Beschwerden hin. Selbstverständlich werden ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Dear Customers. This questionnaire helps me provide you with the best possible massage while minimizing health risks. Please answer all questions carefully and inform me of any existing conditions that may not have been explicitly asked about. Your information will, of course, be treated confidentially and will not be shared with third parties. Thank you for your cooperation.

**Name** Name \_\_\_\_\_ **Vorname** First name \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

**Straße** Street \_\_\_\_\_ **Hausnr.** House number \_\_\_\_\_ **PLZ.** Postal code \_\_\_\_\_

**Ort** Place \_\_\_\_\_ **E-Mail** \_\_\_\_\_

Hatten Sie im letzten Jahr eine Operation oder einen Knochenbruch? Have you had surgery or a bone fracture in the past year? Wenn ja, wo? If yes, where _____	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Hatten Sie schon mal einen Bandscheibenvorfall? oder aktuell entsprechende Beschwerden? Have you ever had a herniated disc or are you currently experiencing related symptoms?	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Haben Sie derzeit Probleme an der Halswirbelsäule / Lendenwirbelsäule? Do you currently have any issues with your cervical spine or lumbar spine? Wenn ja, wo? If yes, where _____	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Haben Sie Gelenkprothesen? Do you have joint prostheses? Wenn ja, wo? If yes, where _____	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Haben Sie Gelenkprobleme? (frühere Verrenkungen oder Ausrenkungen von Gelenken?) Do you have joint problems? Previous dislocations or joint misalignments?	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Leiden Sie an Rheuma? Do you suffer from rheumatism? Wenn ja welches und was ist betroffen? If yes, which type and what is affected? _____	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Haben Sie Gicht? Do you have gout? Wenn ja, welche Gelenke sind besonders betroffen? If yes, which joints are particularly affected? _____	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Haben Sie Beschwerden in den Gelenken? Do you have complaints in your joints? Wenn ja, welche? If yes, which ones? _____	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Leiden Sie an Osteoporose? Do you suffer from osteoporosis?	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Sind Sie eventuell Allergiker? Are you possibly allergic?	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Leiden sie unter Migräne? Do you suffer from migraines?	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No
Leiden Sie unter zu hohem Blutdruck? Do you suffer from high blood pressure?	Ja <input type="checkbox"/> Yes	Nein <input type="checkbox"/> No

Bestehen Gefäßerkrankungen wie z.B. Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung? Are there any vascular diseases, such as varicose veins, thrombosis, or phlebitis?	Ja Yes	<input type="checkbox"/>	Nein No	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Diabetiker? Are you diabetic?	Ja Yes	<input type="checkbox"/>	Nein No	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen Krebs oder Geschwürbildungen diagnostiziert? Have you been diagnosed with cancer or tumor formations?	Ja Yes	<input type="checkbox"/>	Nein No	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Hauterkrankungen ? Do you suffer from skin conditions?	Ja Yes	<input type="checkbox"/>	Nein No	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? Are you pregnant?	Ja Yes	<input type="checkbox"/>	Nein No	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zurzeit Ihre Monatsperiode? Are you currently on your menstrual period?	Ja Yes	<input type="checkbox"/>	Nein No	<input type="checkbox"/>
Haben sie innerhalb der letzten sechs Monate ein Kind geboren? Have you given birth to a child in the last six months?	Ja Yes	<input type="checkbox"/>	Nein No	<input type="checkbox"/>
Sonstige gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden? Any other health restrictions or complaints?  _____				

Mir ist bekannt, dass eine Massage der Entspannung dient und nicht der Behandlung einer Krankheit, chronischen Erkrankung oder sonstiger körperlicher Beeinträchtigungen und Verletzungen. Ich habe meinen Masseur über meinen Gesundheitszustand nach bestem Wissen informiert. Falls mein Arzt oder Therapeut mir Empfehlungen oder Einschränkungen bezüglich einer Massage genannt hat, habe ich Ihnen dies mitgeteilt. Ich bin damit einverstanden, dass die Massage auf eigene Gefahr durchgeführt wird.

I am aware that a massage serves the purpose of relaxation and is not intended for the treatment of any illness, chronic condition, or other physical impairments or injuries. I have informed my massage therapist about my health condition to the best of my knowledge. If my doctor or therapist has given me any recommendations or restrictions regarding a massage, I have communicated them. I agree that the massage will be carried out at my own risk.

---

**Ort, Datum**                      **Place, Date**    **Unterschrift**                      **Signature**

Ich möchte die oben gestellten Fragen nicht beantworten und auf eigene Verantwortung nach meinen Wünschen massiert werden!

I do not wish to answer the above questions and would like to receive a massage according to my preferences at my own responsibility!

---

**Ort, Datum**                      **Place, Date**    **Unterschrift**                      **Signature**