



Anamnesebogen für Fussreflexzonenmassage/ Kräuterstempelmassage

Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____

Nehmen Sie Medikamente: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Aktuelle Therapien: _____

Operationen: _____

Krankheiten: _____

Chronische Beschwerden: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Zurzeit in ärztlicher Behandlung: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben mit Datum und Unterschrift:
