

Anamnesebogen

Vor-und Zuname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Keine Durchführung bei folgenden Kontraindikationen:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzschrittmacher:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwangerschaft:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frischer Herzinfarkt (1 Jahr):	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stillzeit:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akute Thrombosen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Entzündliches Ödem:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuter Schlaganfall:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsie:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebspatient:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OP im letzten Jahr: <small>an den zu behandelnden Stellen:</small>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die hier angeführten Kontraindikationen habe ich verneint und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum, Unterschrift: _____

Allgemeine Fragen:

Ich nehme regelmäßig Medikamente: Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Lipödem: Ja Nein

Trinkgewohnheiten: Ja Nein

Kaffee: Ja Nein

Tee: Ja Nein

Alkohol: Ja Nein

Säfte: Ja Nein

Alkohol: Ja Nein

Wasser: Ja Nein

Trinkmenge / Tag: _____

Ernährungsgewohnheiten: Ja Nein

gesund / ausgewogen: Ja Nein

Kantine: Ja Nein

Fast Food: Ja Nein

Süßigkeiten: Ja Nein

fetthaltig: Ja Nein

Anzahl der Mahlzeiten / Tag: _____

regelmäßig / zu den gleichen Zeiten: Ja Nein

Berufliche Tätigkeit: Ja Nein

eher sitzend: Ja Nein

eher stehend: Ja Nein

Freizeitsport: Ja Nein

Freizeitsport: Ja Nein

Std pro Woche: _____

Allgemeine Gesundheitsfragen:

	Ja	Nein
Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenprobleme:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hormone / Hormoncreme:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Zonen werden bei Ihnen behandelt:

Bauch	<input type="radio"/>	Reiterhosen	<input type="radio"/>	Arme	<input type="radio"/>	Muskelaufbau	<input type="radio"/>
Beine	<input type="radio"/>	Po	<input type="radio"/>	Hautstraffung	<input type="radio"/>		

Wie viele Kilo möchtest du abnehmen?

Wie lange überlegst du schon abzunehmen?

Wie wichtig ist es dir DEIN ZIEL zu erreichen? setze ein Kreuz!

nicht so wichtig

sehr wichtig

Datenschutzerklärung::

Die Datenschutzerklärung betrifft alle Personen, die eine Dienstleistung im Echt-Schön Beautystudio (Inh. Bianca Hoffmann) nutzen. Wir informieren Sie über Art, Umfang und Zweck der Erhebung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten durch unser Unternehmen. Wir achten Ihre Privatsphäre und sind bestrebt, die gesetzlichen Vorgaben für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (EU-Verordnung Nr 679/2016 (DSGVO), DSGVO und TK 2003) genau einzuhalten. Alle Ihre personenbezogenen Daten, werden auf dieser Grundlage verarbeitet. Verantwortlicher für die Verarbeitung ist die Firma Echt-Schön Beautystudio, Inh. Bianca Hoffmann.

Bitte beachten!

Damit Sie und wir, gut planen können, bitten wir Sie die Behandlung mind. 24 Std vorher abzusagen (telefonisch od. per E-Mail)! Nur so können wir den Termin weitergeben. Bei einer Verspätung Ihrerseits bis 15 Min, wird die Behandlung entsprechend der Verspätung gekürzt! Bei einer Verspätung von mehr als 15 Min Ihrerseits, oder Terminabsagen unter 24 Std vorher, verfällt die Behandlung! Die Geld-zurück-Garantie gilt nur bei einer nicht erfolgreichen Kennenlernbehandlung. Der Kauf eines 10er oder 20er Blocks ist verbindlich und kann nicht rückgängig gemacht werden. Der jeweilige Block ist für 12 Monate ab Kaufdatum gültig. Werden die Behandlungen nicht fristgerecht konsumiert, wird pro Sitzung der Differenzbetrag zum aktuellen Einzelpreis verrechnet!

Datum: _____

Unterschrift: _____