

Anamnesebogen Magnetfeld-Anwendung

Persönliche Angaben:

Name: _____

Plz, Wohnort: _____ Straße _____

Geb.-datum : _____

Tel., eMail: _____

Wie sind Sie auf Bodylounge aufmerksam geworden? _____

Warum möchten Sie sich mit dem Bbody behandeln lassen?

Gesundheitszustand:

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum _____

Herz-/Kreislauf und Innere

Haben Sie Herz-/Kreislaufprobleme/Stoffwechselerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche _____

Nehmen Sie Medikamente ein, haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche _____

Aktiver und passiver Bewegungsapparat

Hatten Sie Verletzungen, KH-Aufenthalte, Operationen? ja nein

Wenn ja, welche _____

Bestehen Probleme in folgenden Gelenken/in der Wirbelsäule?

OK: Schulter, Ellenbogen, Hand, Finger? ja nein

Wenn ja, welche _____

Rumpf: HWS, BWS, LWS? ja nein

Wenn ja, welche _____

UK: ISG, Hüftgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk? ja nein

Wenn ja, welche _____

Bestehen Rheuma, Arthrose, Osteoporose ja nein

Wenn ja, was _____

Lifestyle

Raucher ja nein

Alkohol ja nein

Stress ja nein

Ernährungsgewohnheiten

Sie nehmen 1 2 3 4 5

Mahlzeiten täglich zu sich.

Ernährungsgewohnheiten

Sie essen normal vollwertig 3 vegetarisch/vegan Diät

Sonstiges _____

Sie trinken tgl. bis 1 L 1 – 2 L mehr als 2 L Wasser am Tag.

Kontraindikationen

Erklärung zur Durchführung der Magnetfeld-Anwendung. Bei Kontraindikationen ist eine Anwendung mit dem Bbody untersagt. Sollten während der Nutzung gesundheitliche Beschwerden auftreten, ist die Anwendung sofort einzustellen und medizinischer Rat einzuholen.

- Herzschrittmacher
- Aktive medizinische Implantate
- Defibrillator
- Angina pectoris
- Akute Blutungen
- Epilepsie
- Fieber
- Schilddrüsenüberfunktion

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Erklärung gelesen und verstanden haben, dass Sie die Kontraindikationen verstanden haben und keine der genannten Erkrankungen vorliegen, bzw. ein ärztlicher Rat zur Nutzung eingeholt wurde. Alle gestellten Fragen wurden von Ihnen wahrheitsgemäß beantwortet und es sind Ihrerseits alle offenen Fragen geklärt. Über Risiken und Nebenwirkungen wurden Sie aufgeklärt. Sie möchten die Anwendung auf eigene Verantwortung durchführen, Bei einer Veränderung des Gesundheitszustandes werde ich eigenständig den Trainer vor dem nächsten Training darüber in Kenntnis setzen.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift Trainer

Persönliche Bbody - Card von

Datum Trainer	BEMER Programm (Art der Anwendung)	Zeit	1	2	3	4	5	6	7	7	9	10	Unterschrift des Kunden Einverständnis der Anwendung. Es liegen keine Kontraindikationen vor. Es sind nach der Anwendung keine Nebenwirkungen oder Schäden aufgetreten.
1	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
2	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
3	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
4	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
5	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
6	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
7	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
8	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
9	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												
10	<input type="checkbox"/> Matte <input type="checkbox"/> Pad <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Light												

	ZYKLUS 1 Ganzkörperbehandlung mit dem B.BODY					
	WOCHE 1	WOCHE 2	WOCHE 3	WOCHE 4	WOCHE 5	WOCHE 6
MORGENS	Stufe 1 plus	Stufe 2 plus	Stufe 3 plus	Stufe 4 plus	Stufe 5 plus	Stufe 6 plus
ABENDS	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
NACHTS	-	-	-	-	-	-
	AB ZYKLUS 2					
	WOCHE 7	woche 8	WOCHE 9	WOCHE 10		
MORGENS	Stufe 3 plus	Stufe 4 plus	Stufe 5 plus	Stufe 6 plus		
ABENDS	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6		
NACHTS	Schlafprogramm 1 x pro Woche	Schlafprogramm 2 x pro Woche	Schlafprogramm 3 x pro Woche	Schlafprogramm 4 x pro Woche		