



Angaben zu Ihrer Gesundheit

[Alle persönlichen Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt.]

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

männl. weibl. Alter: _____

Krankenkasse: _____

privat gesetzlich

Beihilfe Zusatz

Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!

Halswirbelsäule (HWS) | Kopf

	stark	mittel	leicht
HWS-Syndrom / Nackenverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus / Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen / Augendruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen / Atemaussetzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachprobleme / Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneknirschen / Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesichtsschmerzen / Trigeminus-Neuralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schulter | Arme

	stark	mittel	leicht
Kalk-Schulter, Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln-Taubheit in Armen / Händen / Fingern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Arm / Hand oder Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennis-/ Golfer-Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brustwirbelsäule (BWS) | Magen | Darm

	stark	mittel	leicht
Schmerzen in der Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb- / Rippenschmerzen / Druckgefühl Brustbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden / Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lendenwirbelsäule (LWS) | Becken | Beine

	stark	mittel	leicht
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischiasschmerzen / Kreuzbeinbeschwerden [ISG]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln-Taubheit in Beinen / Füßen / Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftschmerzen / Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieschmerzen / Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußschmerzen / Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung / Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- / Blasenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoden- / Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress | Psyche

	stark	mittel	leicht
Beruflicher / privater Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen / Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht [Adipositas] / Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen / Angst / Panikgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADS, ADHS / Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemein

	ja	nein
Skoliose [Wirbelsäulenverkrümmung]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose [geringe Knochendichte]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüber- / unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor / Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

	ja	nein
Unfälle / Verletzungen: Welcher Art / Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen: Welcher Art / Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- / Gelenkschäden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie im Alltag körperlichen Belastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Beschwerden beim Gehen oder Stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im Beruf eine überwiegend sitzende Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Beschwerden: Welcher Art?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet:

Werbeflyer:

Empfehlung durch: Name _____

Anzeigen:

Familie / Freunde / Bekannte:

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____