

Angaben zu Ihrer Gesundheit

[Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen]

Danke, dass Sie uns Angaben zu Ihrer Gesundheit machen, welche wir streng vertraulich behandeln.

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____
 Strasse: _____ PLZ: _____ Ort: _____
 Grösse: _____ Gewicht: _____
 weiblich männlich Beruf: _____
 Telefon: _____ Mobil-Nr: _____ E-Mail: _____
 Krankenversicherung: _____ Beihilfe: _____ Zusatzversicherung: _____
 Kinder: ja nein Name/n & Alter des/der Kinder: _____

Gut zu wissen:

Skoliose [Wirbelsäulenverkrümmung] ja nein
 Knochenbrüche ja nein
 Arthrose [Verschleiß] ja nein
 Osteoporose [geringe Knochendichte] ja nein
 Bandscheibenvorfall ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Schilddrüsenprobleme ja nein
 Bluthochdruck ja nein Nehmen Sie Bluthochdruck-Medikamente? ja nein
 Gefäßerkrankungen ja nein Welche Art von Gefäßerkrankungen? _____
 Herzprobleme ja nein Welche Art von Herzproblemen? _____
 Herzoperationen ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Diabetes mellitus [Zuckerkrankheit] ja nein
 Depressionen/Burn out ja nein
 Adipositas [Übergewicht] ja nein
 Ess-Störungen ja nein
 Operationen ja nein Was wurde operiert? _____
 Unfälle/Stürze ja nein
 Tumorerkrankungen ja nein
 Infektionskrankheiten ja nein Welche? _____
 Allergien ja nein
 Störungen der Motorik ja nein

Sonstige chronische Erkrankungen:

ja nein Falls ja, welche Erkrankungen liegen vor?

Was führt Sie zu uns?

Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Migräne	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schwindel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Tinnitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
Kieferprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Aufbiss- /Relaxschiene	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Rückenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, in welchem Bereich?

Nackenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schulterschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
Armschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
Beinschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R
Fußbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schuhereinlagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schueherhöhung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Rechts ____ cm Links ____ cm
Kribbeln/Taubheit in Armen/Fingern			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kribbeln/Taubheit in Beinen/Füßen/Zehen			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kribbeln/Taubheit/Nervenschmerzen in anderen Bereichen			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Atembeschwerden/Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Verdauungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Übelkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Magenbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Leistenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Menstruationsprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Hoden- /Prostatabeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Blasenbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie Medikamente?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Falls ja, welche?

„Ich habe den Fragebogen gelesen, verstanden und ehrlich beantwortet.“

Datum _____ Unterschrift _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
