

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Name: _____ geboren am: _____

Vorname: _____ männl. weibl. Alter: _____

Strasse: _____ Größe (cm): _____

PLZ, Ort: _____ Anzahl Kinder: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Mail: _____ privat gesetzlich

Beruf: _____ Beihilfe Zusatz

Kopf, Gesicht, Augen, Ohr, Nase

	stark	mittel	schwach
Kopfschmerzen, Migräne - <i>headaches, migraine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel - <i>dizziness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen, Augendruck - <i>sight disorder, ophthalmic pressure</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus, Ohrgeräusche - <i>tinnitus, ear noise</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündung - <i>sinusitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen, Atemaussetzer - <i>snore</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachprobleme, Stottern - <i>lalopathy, stutter</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneknirschen, Kieferschmerzen - <i>teeth grinding, bruxism</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufbeschwerden - <i>cardiovascular disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADS, ADHS (Konzentrationschwäche) - <i>ADD, ADHD (lack of concentration)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS-Syndrom, Nackenverspannungen - <i>pain in cervical spine, stiff neck</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schulter- und Armbeschwerden

	stark	mittel	schwach
Kalk-Schulter, Schulterschmerzen - <i>shoulder pain</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln-Taubheit im Arme/Hände/Finger - <i>tingeling-numbness in arms/hands/fingers</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Arm, Hand oder Handgelenk - <i>pain in arm, hand or wrist</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennis-/Golfer-Ellenbogen - <i>tennis/golfer elbow</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karpal Tunnel Syndrom - <i>carpal canal syndrome</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rücken, Becken und Beine

	stark	mittel	schwach
Schmerzen in der Brustwirbelsäule - <i>pain in thoracic spine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorbschmerzen - <i>chest pain</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Lendenwirbelsäule - <i>pain in lumbar spine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischiasschmerzen, ISG Beschwerde - <i>sciatic pain syndrome, pain SIJ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall - <i>herniated disc</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) - <i>scoliosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln-Taubheit in Beinen, Füßen, Zehen - <i>tingeling-numbness in legs, feet, toes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftschmerzen, Arthrose - <i>coxalgia, arthrosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieschmerzen, Arthrose - <i>discomfort knees (knee joint), arthrosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußschmerzen, Arthrose - <i>discomfort foot (ankle joint), arthrosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden, Asthma - <i>breathing difficulties, asthma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden, Verdauungsprobleme - <i>stomach problems, digestive disorder</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Erbrechen - <i>nausea, vomitus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung, Durchfall - <i>obstipation, diarrhea</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Blasenbeschwerden - <i>kidney-, bladder problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoden-, Prostatabeschwerden - <i>testicle-, prostate problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsprobleme - <i>menstruations problems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress/Psych

	stark	mittel	schwach
Beruflicher, privater Stress - <i>nervousness</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen, Müdigkeit, Leistungsabfall - <i>mood swings, fatigue</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht (Adipositas), Gewichtsverlust - <i>overweight, loss of weight</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen, Angst, Panikgefühle - <i>depression, fear, panic</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemein

	ja	nein
Arthrose (Verschleiß) - <i>arthrosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (geringe Knochendichte) - <i>osteoporosis (low bone density)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen - <i>vascular disease</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt - <i>heart attack</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher - <i>cardiac pacemaker</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall - <i>stroke-apoplectic</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung - <i>congluation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck - <i>hypertension (blood pressure)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüber-/unterfunktion - <i>hyper-/hypothyroidism-hashimoto</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor, Krebserkrankungen - <i>tumor, carcinosis-neoplasm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus - <i>diabetes mellitus</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis - <i>hepatitis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche - <i>low immunity</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

	ja	nein
Hatten Sie Unfälle, Verletzungen? - <i>Have you had any accidents, injuries?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche, Wann? - <i>which, when?</i>		
Hatten Sie Operationen? - <i>Have you had surgery?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche, Wann? - <i>which, when?</i>		
Haben Sie Muskel-, Gelenkschäden? - <i>Do you have muscular-joint problems?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie körperlichen Belastungen ausgesetzt? - <i>Are you exposed to physical stress?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden beim Gehen oder Stehen? - <i>Diskomfort when you are walking or standing?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen Sie im Beruf überwiegend? - <i>Do you have a predominant sitting position?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Schuheinlagen? - <i>Do you wear foot orthotics?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? - <i>Do you smoke?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie weitere Beschwerden? - <i>Do you have other discomfort?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente? - <i>Do you take drugs?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet: Presse: praxiseigene Zeitung Empfehlung durch: Name _____
 aktuelle Werbeanzeigen Familie Freunde/Bekannte

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift