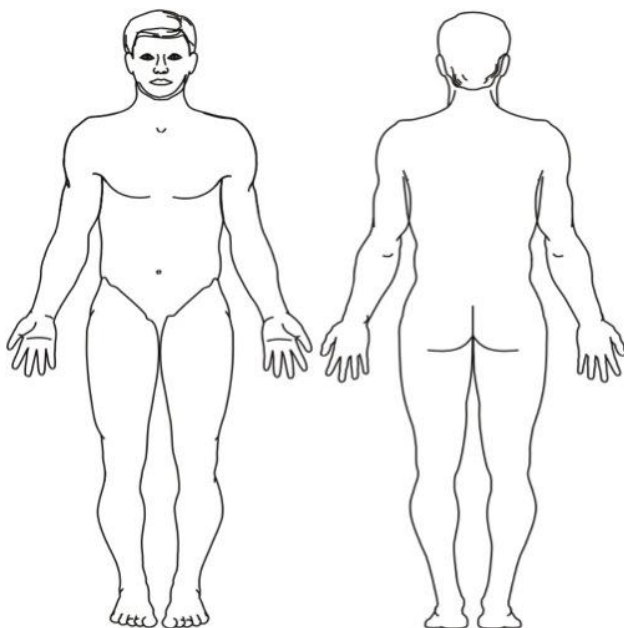


Persönliche Angaben	
Name:	Geb. Datum:
Vorname:	Tätigkeit / Beruf:
Straße:	
PLZ / Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Zusatz
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden:	
<input type="checkbox"/> Empfehlung durch:	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges

Medizinische Angaben der Hauptbeschwerden
Wie stark sind Ihre Beschwerden/Schmerzen von 1 (gering) bis 10 (unerträglich):
Seit wann haben Sie diese Beschwerden:
Haben Sie diese Beschwerden <input type="checkbox"/> erstmalig oder <input type="checkbox"/> wiederkehrend
Waren Sie wegen der Beschwerden bereits in Behandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei wem: <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Osteopath <input type="checkbox"/> Physiotherapeut Haben Sie Röntgen oder MRT Aufnahmen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche Diagnose wurde erstellt:
Gab es eine Ursache für die Beschwerden: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Sturz <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> andere
Wo haben Sie die Beschwerden (Bitte auf der Zeichnung markieren)
Haben Sie noch weitere Beschwerden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Nehmen Sie aktuell Medikamente:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel: |
| <input type="checkbox"/> Entzündungshemmer: |
| <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf: |
| <input type="checkbox"/> Andere Medikamente: |

Leiden Sie aktuell oder immer wiederkehrend an:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche / Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche / Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kieferbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Nackenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Armschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Beinschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Fußbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln / Taubheit Arme |
| <input type="checkbox"/> Kribbeln / Taubheit Beine |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Magen- / Darmbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankung:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) |
| <input type="checkbox"/> Arthrose (Verschleiß) |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose (geringe Knochendichte) |
| <input type="checkbox"/> Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Herzprobleme |
| <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Unfälle / Stürze |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Für Frauen:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger |
|---|