

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT



Name: _____ Geboren am: _____

Vorname: _____ Männlich Weiblich Alter: _____

Straße: _____ Größe (cm): _____

PLZ, Ort: _____ Anzahl Kinder: _____

Telefon: _____ Krankenkasse: _____

Mail: _____ Privat gesetzlich

Beruf: _____ Beihilfe Zusatz

Bitte nur zutreffendes ankreuzen

KOPF, GESICHT, AUGEN, OHREN, NASE	STARK	MITTEL	SCHWACH
Kopfschmerzen, Migräne – headaches, migraine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwindel – dizziness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehstörungen, Augendruck – sight disorder, ophthalmic pressure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tinnitus, Ohrgeräusche – tinnitus, ear noise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasennebenhöhlenentzündung – sinusitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnarchen, Atemaussetzer – snore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zähneknirschen, Kieferschmerzen – teeth grinding, bruxism	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADS, ADHS (Konzentrationsschwäche) – ADD, ADHD (lack of concentration)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HWS-Syndrom, Nackenverspannungen – pain in cervical spine, stiff neck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SCHULTER- UND ARMBESCHWERDEN	STARK	MITTEL	SCHWACH
Kalk-Schulter, Schulterschmerzen – shoulder pain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kribbeln / Taubheit in Arme/Hände/Finger – tingeling- numbness in arms/hands/fingers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzen im Arm, Hand oder Handgelenk – pain in arm, hand or wrist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tennis-/Golfer-Ellenbogen – tennis/golfer ellbow	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karpal-Tunnel-Syndrom – carpal canal syndrome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

STRESS, PSYCHE	STARK	MITTEL	SCHWACH
Beruflicher, privater Stress – nervousness	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stimmungsschwankungen, Müdigkeit, Leistungsabfall – mood swings, fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übergewicht (Adipositas), Gewichtsverlust – overweight, loss of weight	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressionen, Angst, Panikgefühle – depression, fear, panic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALLGEMEIN	JA	NEIN
Arthrose (Verschleiß) – arthrosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose (geringe Knochendichte) – osteoporosis (low bone density)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßerkrankungen – vascular disease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ALLGEMEIN	JA	NEIN
Herzinfarkt – heart attack	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher – cardiac pacemaker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall – stroke-apoplectic	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung – congulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck – hypertension (blood pressure)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenüber-/unterfunktion – hyper-/hypothroidism-hashimoto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumor, Krebserkrankungen – tumor, carcinosis-neoplasm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus – diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis – hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunschwäche – low immunity	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herz-Kreislaufbeschwerden – cardiovascular diease	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet
 Presse
 Empfehlung durch:
 Name _____
 Familie
 Freunde/Bekannte

BESTÄTIGUNG

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift