

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

Schulter- und Armbeschwerden

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Kalk-Schulter, Schulterschmerzen - <i>shoulder pain</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kribbeln, Taubheit in Armen, Händen, Fingern - <i>tingling, numbness in arms, hands, fingers</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schmerzen im Arm, Hand oder Handgelenk - <i>pain in arm, hand or wrist</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tennis-/Golfer-Ellenbogen - <i>tennis/golfer elbow</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Karpaltunnelsyndrom - <i>carpal tunnel syndrome</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Rücken, Becken und Beine

| | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Schmerzen in der Brustwirbelsäule - <i>pain in thoracic spine</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Brustkorbschmerzen - <i>chest pain</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schmerzen in Lendenwirbelsäule - <i>pain in lumbar spine</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ichiasschmerzen, ISG Beschwerde - <i>sciatica, SI pain</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bandscheibenvorfall - <i>herniated disc</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) - <i>scoliosis</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Kribbeln, Taubheit in Beinen, Füßen, Zehen - <i>tingling, numbness in legs, feet, toes</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hüftschmerzen, Arthrose - <i>coxalgia, arthrosis</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Knieschmerzen, Arthrose - <i>discomfort knees (knee joint), arthrosis</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fußschmerzen, Arthrose - <i>discomfort foot (ankle joint), arthrosis</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atembeschwerden, Asthma - <i>breathing difficulties, asthma</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Magenbeschwerden, Verdauungsprobleme - <i>stomach problems, digestive disorder</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Übelkeit, Erbrechen - <i>nausea, vomiting</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Verstopfung, Durchfall - <i>constipation, diarrhea</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nieren-, Blasenbeschwerden - <i>kidney-, bladder problems</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hoden-, Prostatabeschwerden - <i>testicle-, prostate problems</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Menstruationsprobleme - <i>menstruation problems</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Stress / Psyche

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

Allgemein

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

Sonstiges

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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

Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

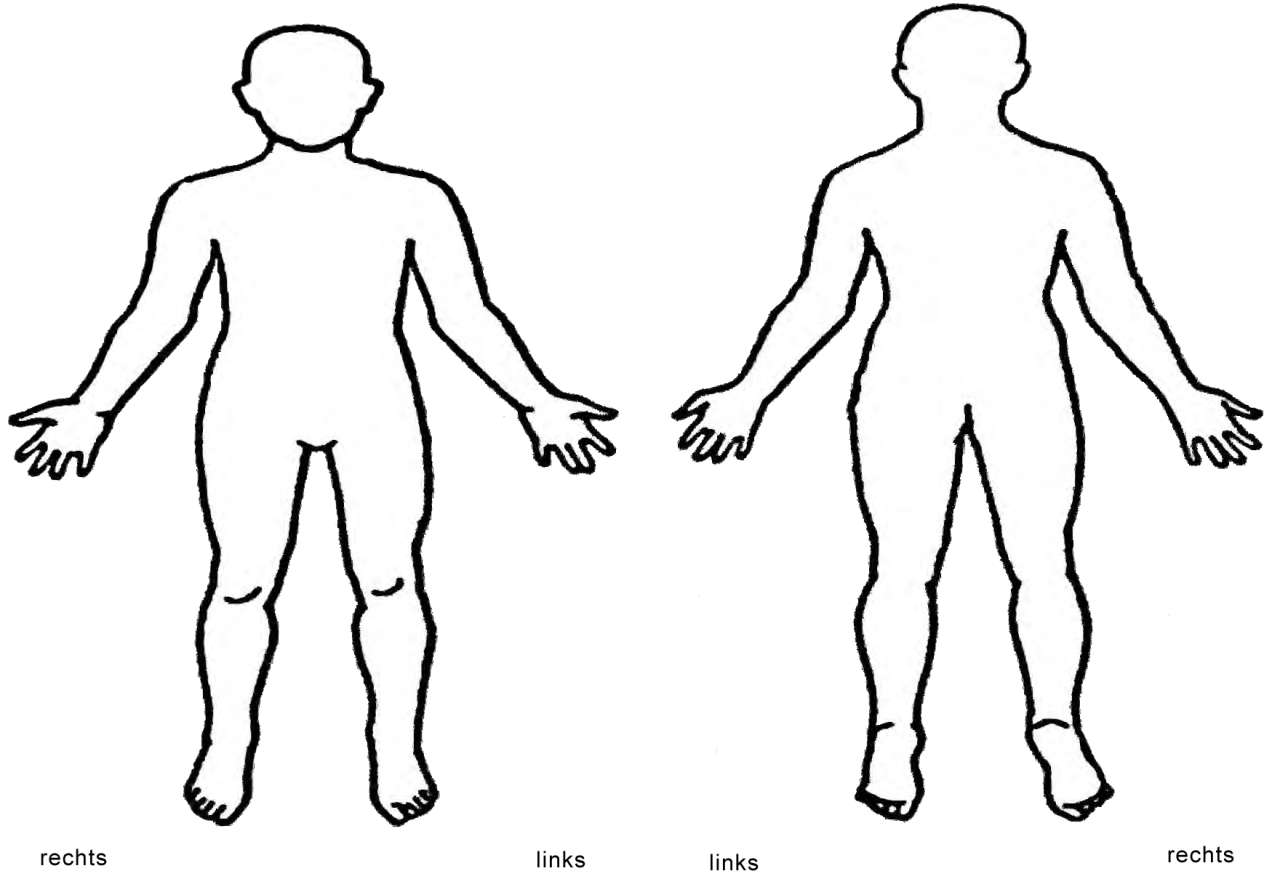
Ort/Datum

Unterschrift



First American Chiro • Am Michaelshof 4a • 53177 Bonn
Telefon: 0228 - 92893026 • info@firstamericanchiro.de

Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden in der nachfolgenden Zeichnung ein.



Weitere Informationen/Anmerkungen:
