

Das ganze Team der Chiropraxis Landmann heißt Sie herzlich willkommen!

Wir freuen uns, dass Sie da sind!

Bitte lesen Sie die folgenden Dokumente aufmerksam, beantworten Sie die Fragen, die auf Sie persönlich zutreffen und unterschreiben an den gekennzeichneten Stellen.

Name: _____

Geburtsdatum _____ Größe _____ Gewicht _____

Ich komme aus prophylaktischen Gründen

Meine Hauptbeschwerden sind: _____ seit _____

Ich komme aus folgendem Grund: _____

Meine Beschwerden: akut seit _____ schon öfter aufgetreten chronisch

Ich war deswegen bereits in Behandlung bei:

Hausarzt beim Orthopäden beim Physiotherapeuten

Kinderarzt im Krankenhaus sonstiges

Die Behandlung war: erfolgreich wenig erfolgreich erfolglos

Es gibt: Röntgenbilder MRT/CT andere Befunde

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Name: _____ geboren am: _____

Vorname: _____

Straße: _____ Anzahl Kinder: _____

PLZ, Ort: _____ Krankenkasse: _____

Telefon: _____ privat gesetzlich

Email: _____ Beihilfe Zusatz

Beruf: _____

Bitte kreuzen Sie nur die Beschwerden an, die auf Sie zutreffen:

Kopf, Gesicht, Augen, Ohr, Nase	schwach	mittel	stark
Kopfschmerzen, Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen, Augendruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus, Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasen-Nebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen, Atemaussetzer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachprobleme, Stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähneknirschen, Kieferschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADS, ADHS (Konzentrationschwäche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS-Syndrom, Nackenverspannungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schulter- und Armbeschwerden	schwach	mittel	stark
Kalk-Schulter, Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln- Taubheit in Arme/Hände/Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen im Arm, Hand oder Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tennis-/Golfer-Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karpaltunnel-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rücken, Becken und Beine	schwach	mittel	stark
Schmerzen in der Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorbschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen in Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischiasschmerzen, ISG-Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln, Taubheit in Beinen, Füßen, Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftschmerzen, Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieschmerzen, Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußschmerzen, Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atembeschwerden, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden, Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit, Erbrechen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung, Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren-, Blasenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoden-, Prostatabeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress/Psych	schwach	mittel	stark
Beruflicher, privater Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen, Müdigkeit, Leistungsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht / Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression, Angst, Panikgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemein	Ja	nein
Arthrose (Verschleiß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (geringe Knochendichte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor, Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges	Ja	nein
Hatten Sie Unfälle, Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Muskel-, oder Gelenkschäden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie körperlichen Belastungen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden beim Gehen oder Stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitzen Sie beruflich überwiegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Schuheinlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente
Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein? bitte geben Sie die Dosierung an!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift