

(Alle persönlichen Angaben werden streng vertraulich behandelt.)

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel / Mobil: \_\_\_\_\_  
 Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 männl. [ ] weibl. [ ]

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 privat [ ] gesetzlich [ ]  
 Beihilfe [ ] Zusatzversicherung [ ]

## Halswirbelsäule (HWS) | Kopf

	seit wann?	Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!		
		stark	mittel	leicht
HWS-Syndrom / Nackenverspannungen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen / Migräne	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tinnitus / Ohrgeräusche	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen / Augendruck	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasennebenhöhlenentzündung	_____	<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"/>
Gesichtsschmerzen / Trigeminus-Neuralgie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Schulter | Arme

	seit wann?	Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!		
		stark	mittel	leicht
Kalk-Schulter, Schulterschmerzen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kribbeln-Taubheit in Armen/ Händen/ Fingern	_____	<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"/>

## Brustwirbelsäule (BWS) | Magen | Darm

	seit wann?	Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!		
		stark	mittel	leicht
Schmerzen in der Brustwirbelsäule	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkorb- / Rippenschmerzen / Druckgefühl Brustbein	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden /Asthma/ COPD	_____	<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"/>

## Lendenwirbelsäule (LWS) | Becken | Beine

	seit wann?	Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!		
		stark	mittel	leicht
Schmerzen in der Lendenwirbelsäule	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischiasschmerzen / Kreuzbeinbeschwerden (ISG)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall / -vorwölbung	_____	<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"/>
Verstopfung/ Durchfall	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren- / Blasenbeschwerden	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsprobleme	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Stress | Psyche

seit wann?

Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!

stark mittel leicht

Beruflicher / privater Stress	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen / Müdigkeit/ Leistungsabfall	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht (Adipositas) / Gewichtsverlust	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen /Angst/ Panikgefühle	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADS, ADHS / Konzentrationsschwäche	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Allgemein

BITTE ANKREUZEN!

ja nein

Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (geringe Knochendichte)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung / Thrombose	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie/ Krampfleiden	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma / Fibromyalgie	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüber- / unterfunktion	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor / Krebserkrankungen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche/ Häufige Infekte	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Allergie gegen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sonstiges

seit wann?

Bitte nur Zutreffendes ankreuzen!

ja nein

Unfälle / Verletzungen: Welcher Art / Wann?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen: Welcher Art / Wann?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie orthopädische Schuheinlagen?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Schmerzmittel     Antibiotika     Blutverdünner Marcumar/ ASS     Herz-/ Kreislauf  
 Nahrungsergänzungen

## Bestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



chiromobil.de