

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Vorname:

Name: Geburtsdatum:

Straße: PLZ: Ort:

Weiblich männlich Beruf: E-mail:

Tel. tagsüber: / Mobil-Nr.:

Krankenversicherung: Beihilfe: Heilpraktiker-Zusatzversicherung:

Gut zu wissen:

Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Knochenbrüche	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wann? <input type="text"/> was? <input type="text"/>
Arthrose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wo? <input type="text"/>
Osteoporose (ger.Knochendichte)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wann zuletzt gemessen? <input type="text"/>
Bandscheibenvorfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wo? <input type="text"/> wann? <input type="text"/>
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wann? <input type="text"/>
Schilddrüsenprobleme	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Medikamente? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Medikamente? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	welche Art <input type="text"/>
Herzprobleme	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	welche Art <input type="text"/>
Herzoperationen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wann? <input type="text"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	seit wann? <input type="text"/>
Depressionen/Burn out	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Adipositas (Übergewicht)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Operationen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	was? <input type="text"/>
		wann? <input type="text"/>
Unfälle / Stürze	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wann? <input type="text"/>
Tumorerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wann? <input type="text"/>
Infektionskrankheiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Störungen der Motorik	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	seit wann? <input type="text"/>