

# Was führt Sie zu uns?

Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Migräne	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Schwindel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Tinnitus	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		
Aufbiss-/Relax-Schiene	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	In welchem Bereich?			
			HWS <input type="checkbox"/>	BWS <input type="checkbox"/>	LWS <input type="checkbox"/>	
			Halswirbelsäule	Brustwirbelsäule	Lendenwirbelsäule	
Nackenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Schulterschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		
Armschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		
Beinschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		
Fußbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>		
Kribbeln/Taubheit in Armen/Fingern			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>
Kribbeln/Taubheit in Beinen/Füßen/Zehen			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>
Kribbeln/Taubheit/Schmerzen in anderen Bereichen			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	R <input type="checkbox"/>
Schuheinlagen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Schuerhöhung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Atembeschwerden/Asthma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Verdauungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Übelkeit	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Magenbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Leistenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Menstruationsprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Hoden-/Prostatabeschw.	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Blasenbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				
Nehmen Sie Medikamente?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>				

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

**Ich bin damit einverstanden, dass ich eine Ausfallpauschale in Höhe von 30,00 Euro bezahle, wenn ich zu einem vereinbarten Termin nicht erscheine, ohne 24 Stunden vorher telefonisch oder schriftlich abgesagt zu haben.**

**Ferner bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

Ort  Datum  Unterschrift