

Datum: \_\_\_\_\_ Pat.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Telefon Privat: \_\_\_\_\_  
 Telefon Arbeit: \_\_\_\_\_  
 Telfon Mobil: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:      Gesetzlich       Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
                                   Gesetzlich m. Zusatzvers.        
                                   Privat        
                                   Beihilfe     

Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

**Hatte einer Ihrer Eltern, Großeltern oder Geschwister eine der folgenden Krankheiten?**

Krebs: \_\_\_\_\_ Herzkrankheiten: \_\_\_\_\_  
 Tuberkulose: \_\_\_\_\_ Bluthochdruck: \_\_\_\_\_  
 Diabetes: \_\_\_\_\_ Schlaganfall: \_\_\_\_\_  
 Rheuma: \_\_\_\_\_

**Haben Sie folgende Beschwerden oder Störungen?**

|                  |                          |                     |                          |                           |                          |
|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Kopfschmerzen    | <input type="checkbox"/> | niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> | Empfindungsstörungen      | <input type="checkbox"/> |
| Migräne          | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenüberfunktion  | <input type="checkbox"/> |
| Schwindelgefühl  | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall        | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenunterfunktion | <input type="checkbox"/> |
| Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> | Epilepsie           | <input type="checkbox"/> | Verdauungsstörungen       | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheiten  | <input type="checkbox"/> | Diabetes            | <input type="checkbox"/> | Magenbeschwerden          | <input type="checkbox"/> |
| Trägheit         | <input type="checkbox"/> | Rheuma              | <input type="checkbox"/> | Ohrgeräusche              | <input type="checkbox"/> |
| Krebs            | <input type="checkbox"/> |                     |                          |                           | <input type="checkbox"/> |

**Chirurgische Eingriffe (welche und wann):**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie Unfälle (welcher Art und wann, Verletzungen):**

\_\_\_\_\_

**Knochenbrüche und Stützgewebeschäden (Bänder, Sehnen, etc...):**

\_\_\_\_\_

**Tragen Sie Einlegesohlen oder einseitige Absatzerhöhungen?**

\_\_\_\_\_

**Allergien? Wenn ja, welche?**

\_\_\_\_\_

**Schlafdauer in Std.**

|                 |          |                          |                 |            |                          |
|-----------------|----------|--------------------------|-----------------|------------|--------------------------|
| Schlafqualität: | gut      | <input type="checkbox"/> | Schlafposition: | Rückenlage | <input type="checkbox"/> |
|                 | mittel   | <input type="checkbox"/> |                 | Bauchlage  | <input type="checkbox"/> |
|                 | schlecht | <input type="checkbox"/> |                 | Seitenlage | <input type="checkbox"/> |

**Menge des täglichen/wöchentlichen Konsums von:**

Kaffee (    T.), Tee (    T.), Tabak (    Stck.), Alkohol (    ), Wasser (    l)

**Diät:**

\_\_\_\_\_

**Körperliche u./o. seelische Belastung:**

\_\_\_\_\_

**Sportaktivitäten:**

\_\_\_\_\_

**Medikamenten- und Vitamineinnahmen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_