



BALANCE

RÜCKENZENTRUM ABC STRASSE

Persönliche Daten:

Vorname: _____ Name: _____

bei Minderjährigen bitte zusätzlich 'Vorname/Name' des Erziehungsberechtigten/des Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon privat: _____ Telefon geschäftlich: _____ Mobil: _____

eMail: _____

Wie sind Sie am besten zu erreichen? geschäftlich privat Mobil eMail

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Woher kennen Sie unsere Praxis? _____

Waren Sie schon mal in chiropraktischer Behandlung? Nein Ja,

zuletzt am _____ bei _____

Geburt: normale Geburt Kaiserschnitt Geburt mit Hilfsmitteln andere Komplikationen:

Gab es Unfälle, z.B. Autounfälle, Skistürze oder Stürze vom Pferd (auch ohne Brüche)?

Nein

Wenn ja, welche? Und wann war das?

Gab es Operationen?

Keine

Wenn ja, welche? Und wann war das?

Haben Sie Kinder?

Keine Wenn ja wie alt sind diese? _____

An welchen Tätigkeiten hindern sie Ihre Beschwerden?

Haben Sie morgens das Gefühl ausgeschlafen zu sein? Ja Nein

So geht es mir im Moment:

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

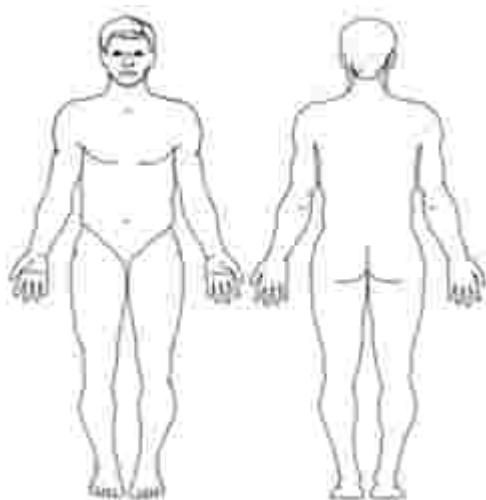
Was ist Ihr hauptsächliches Problem? _____

Ich leide zudem unter:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> schlechtem Allgemeinbefinden | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Rheumatischen Beschwerden | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Steifheit |
| <input type="checkbox"/> Innerer Unruhe | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

- Meine Beschwerden sind akut seit: _____ Tagen _____ Wochen
- Meine Beschwerden sind chronisch seit: _____ Monaten _____ Jahren
- Meine Beschwerden treten immer wieder auf. Erstmals _____

Bitte tragen Sie den Ort der Beschwerden in die Grafik ein:



Gab es eine Ursache?

- Autounfall Sturz
 weiß nicht andere

Wie fühlt es sich an?

- brennend scharf
 dumpf pulsierend
 kribbelnd
 ziehend in _____

Ich trage Einlagen: ja nein

Ich trage eine einseitige Absatzerhöhung: nein ja, links ja, rechts

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? nein ja, seit _____

Schmerzmedikamente Herz- bzw. Blutdruckmedikamente

Entzündungshemmer Diabetes-Medikamente

Andere: _____

