



Angaben zu Ihrer Gesundheit

[Alle persönlichen Angaben werden streng vertraulich behandelt.]

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Tel/Mobil: _____

Mail: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

männl. weibl. Alter: _____

Krankenkasse: _____

privat gesetzlich

Beihilfe Zusatzversicherung

Hausarzt: _____

Bitte nur Zutreffendes
ankreuzen!

Halswirbelsäule (HWS) | Kopf

	seit wann?	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

		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

		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

		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"/>
Hoden- / Prostatabeschwerden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsprobleme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

