

Treiben sie Sport? Wenn ja welchen?

Haben Sie folgende Medikamente über einen längeren Zeitraum (min. 3 Jahre) eingenommen?

- Cortison
- Antibiotika
- Anti-Baby Pille
- Rheumamittel
- Andere:

Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente? Wenn ja welche?

Besteht eine Schwangerschaft?

Sind oder waren Sie je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt? Zutreffendes ankreuzen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Schleudertrauma | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Gehirnerschütterung | <input type="radio"/> Psychosen | <input type="radio"/> Glaukom |
| <input type="radio"/> Schädel-Hirntrauma | <input type="radio"/> Schlaflosigkeit | <input type="radio"/> Aids |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Meningitis | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Aneurysmen |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> rheumatische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Durchblutungsstörungen
arteriell | <input type="radio"/> Venöse Erkrankungen
(z.B. Thrombosen,
Krampfadern) | <input type="radio"/> Implantate |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Gicht |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Sonstiges: |

Wirbelsäulenerkrankungen und zwar:

Gab es Unfälle (Stürze, umknicken, Schleudertrauma...), oder andere traumatische Ereignisse (Misshandlung, Mobbing, psychische Misshandlungen) in Ihrem Leben? Wenn ja wann und mit welchen Folgen?

Empfinden sie öfters Stress, gibt es momentan emotionale Probleme wie Ängste, Trauer, Wut....?

Wie ist ihre Schlafqualität/Schlafposition?

Tragen Sie Schuheinlagen/Absatzerhöhungen?