

Fragebogen Cantienica®-Methode

Dieser Fragebogen dient dazu, die Lektionen auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abzustimmen. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon privat: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Wie oder durch wen wurden Sie auf die CANTIENICA®-Methode aufmerksam?

Internet/Webseite Empfehlung Facebook Bücher/DVD/CD

Andere _____

Treiben Sie Sport oder Gymnastik oder gehen Sie ins Fitness-Center?

2-4mal die Woche 1mal pro Woche unregelmäßig nie

Was sind Ihre persönlichen Herausforderungen und Ziele?

Allgemeine Informationen

Haben Sie Rückenschmerzen?

Ja häufig manchmal nie

Gibt es einen ärztlichen Befund?

Hohlrücken (Lordose) Rundrücken (Kyphose) Flachrücken
 Gleitwirbel Ischiassyndrom Hexenschuss
 Bechterew'sche Krankheit Osteoporose Schleudertrauma
 Scheuermann'sche Krankheit Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)
 Steißbeintrauma Entzündung der Wirbel (Spondylitis)
 Entzündung der Wirbelgelenke (Spondylarthritis)

Haben Sie Arthrose bzw. Gelenkbeschwerden? Ja Nein

Wenn ja, wo?

Hüfte Knie Füße, Sprunggelenke Kreuzbein
 Schultern Ellbogen Handgelenk Finger
 Wirbelsäule (Spondylarthrose) Andere _____

Haben oder hatten Sie Problem mit den Bandscheiben? Ja Nein

Wenn ja, in welchem Bereich?

Halswirbel Brustwirbel Lendenwirbel

Wurde bei Ihnen ein Beckenschiefstand diagnostiziert? Ja Nein

Tragen Sie orthopädische Einlagen in den Schuhen? Ja Nein

Andere Erkrankungen oder Beschwerden am Bewegungssystem:

Haben Sie Schmerzen oder Druckgefühl in Schultern, Brust, Hals und/oder Armen?

Ja Nein

Wenn ja, welcher Art?

Haben Sie Kopfschmerzen? Ja Nein

Hatten Sie einen Leisten- oder Zwerchfellbruch? Ja Nein

Wenn ja, wann?

Leiden Sie unter Inkontinenz? Ja Nein

Wenn ja, welcher Art? Urin Stuhl Winde

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und aus welchem Grund (bitte auch kosmetische Eingriffe angeben)?

Leiden Sie unter Hämorrhoiden? Ja Nein

Haben Sie Diabetes? Ja Nein

Wie hoch ist Ihr Blutdruck? Normal Erhöht/hoch

Erhalten Sie deshalb Medikamente? Ja Nein

Haben Sie Herzbeschwerden oder Herzrhythmusstörungen? Ja Nein

Spezielle Fragen an Frauen

Haben Sie Kinder geboren? Ja Nein

Wenn ja, wie viele und wann?

Wie war der Geburtsverlauf? Spontangeburt Kaiserschnitt

Hatten Sie bei den Geburten einen oder mehrere Dammschnitte? Ja Nein

Hat sich nach der Geburt die Gebärmutter abgesenkt? Ja Nein

Weitere eigene Angaben:

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit (für sich persönlich oder eine/n Minderjährige/n, für die/den sie verantwortlich ist), dass sie/er keinerlei Schadensersatzansprüche gegen das IMAGO Therapeutikum oder dessen Beauftragte/n geltend macht. Diese Erklärung betrifft alle Forderungen aus sämtlichen Schäden, sei es an Personen oder Sachen, die durch die CANTIENICA®-Methode oder damit verwandte Programme direkt oder indirekt verursacht wurden. Ausgenommen bleibt die Haftung der vorgenannten Personen für grobes Verschulden.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte geben Sie diesen Fragebogen unterschrieben vor Beginn des Kurses bzw. der Einzellektion in der Praxis ab oder schicken Sie ihn uns per Post zu.