

CANTIENICA®-Stufe 1 Bronze Fragebogen

Dieser Fragebogen dient ausschließlich dazu, das Training auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abzustimmen. Die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name	_____	Vorname	_____
Straße/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon P	_____	Telefon G	_____
Mobil	_____	E-Mail	_____
Geb.-Datum	_____	Beruf	_____
Größe	_____	Gewicht	_____

Wie oder durch wen wurden Sie auf die CANTIENICA® - Methode für Körperform & Haltung aufmerksam?

Was möchten Sie mit dem CANTIENICA®-Stufe 1 Bronze erreichen?

	Ja	Nein	Manchmal	Häufig		Ja	Nein	Manchmal	Häufig
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden/litten Sie an Bandscheibenproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gibt es einen ärztlichen Befund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Halswirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnose: _____					Brustwirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hohlrücken (Lordose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Lendenwirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rundrücken (Kyphose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Wurde bei Ihnen ein Beckenschiefstand diagnostiziert? Ist ein Bein kürzer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Flachrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Tragen Sie orthopädische Einlagen in den Schuhen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Leiden Sie an einer anderen Erkrankung der Rückenwirbel oder Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Scheuermann'sche Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Leiden Sie unter Schmerzen oder Druck in der Schulter, Brust, Hals und/oder Armen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleitwirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Wo genau? _____				
Ischiassyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Leiden Sie unter Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Leiden Sie unter Spannungskopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Leiden Sie unter Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spondylarthritits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spondylitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Hatten Sie schon Schmerzen im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bechterew-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Sind Sie oft heiser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleudertrauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Haben Sie Probleme mit den Stimmbändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spinalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Leiden Sie an Hörstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Steißbeintrauma					Tinnitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leiden Sie unter Arthrose/ Gelenkbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehörsturz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hüftgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohrenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzbeingelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gibt es einen ärztlichen Befund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Spondylarthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnose: _____				
Füße, Sprunggelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist Ihre Sehkraft eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ellbogen/Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Andere Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Andere Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Welche? _____					Welche?				
Gibt es einen ärztlichen Befund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			_____				
Diagnose: _____									

	Ja	Nein	Manchmal	Häufig
Hatten oder haben Sie Probleme mit Stirnhöhle, Kieferhöhlen o.ä.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen ärztlichen Befund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Diagnose: _____				
Hatten oder haben Sie andere Verletzungen, Beschwerden, Einschränkungen am Kopf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Welche? _____				
Hatten oder haben Sie Gesichtslähmungen, Nervenschmerzen (Trigeminus o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hatten Sie zahnchirurgische Eingriffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kieferchirurgische Eingriffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plastisch-chirurgische Eingriffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Welche? _____				
Hatten Sie andere Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Welche? _____				

Wie war die Schnittführung? Wie verlaufen die Narben?

Gibt es Gründe für eine ambulante oder stationäre Behandlung?
Welche? _____

	Ja	Nein	Manchmal	Häufig
Nehmen Sie regelmäßig Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel, Psychopharmaka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erlitten Sie je einen Organbruch, Leistenbruch, Prolaps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leiden Sie unter Hämorrhoiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Betreiben Sie Gymnastik oder Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welchen Sport? _____				

Frauen

Sind Sie zurzeit schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche Woche? _____				
Haben Sie Kinder geboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, wie viele? _____				
Hatten Sie einen oder mehrere Dammschnitte/ -Dammrisse? Wenn ja, wie viele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Hatten Sie einen oder mehrere Kaiserschnitte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, wie viele? _____				
Haben sich Unterleibsorgane gesenkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Welche? _____				

Männer

Ist Ihre Prostata vergrößert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Leiden Sie unter Erektionsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit (für sich persönlich oder einen Minderjährigen, für den er oder sie verantwortlich ist), dass er oder sie keinerlei Schadensersatzansprüche gegen die CANTIENICA AG, Benita Cantieni oder die Angestellten, Beauftragten, Hilfspersonen oder Rechtsnachfolge der Vorgenannten anstrengen wird. Die Erklärung betrifft alle Forderungen aus sämtlichen Schäden, sei es an Personen oder Sachen, die durch CANTIENICA®-Stufe 1 Bronze direkt oder indirekt verursacht wurden. Ausgenommen bleibt die Haftung der vorgenannten Person für grobes Verschulden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____