

# Fragebogen

## CANTIENICA® - Das Rückenprogramm

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



CANTIENICA®

*Methode für Körperform & Haltung*

CANTIENICA®-Studio Hannover  
Dunkelberggang 1  
30449 Hannover

CANTIENICA®-Studio Hildesheim  
Oldekopstraße 1  
31134 Hildesheim

Angelika Liebenau  
Telefon: 05 11 - 2 61 78 21  
info@cantienica-hannover.de  
www.cantienica-hannover.de

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Was führt Sie ins Rückenprogramm? Was möchten Sie damit erreichen?

Haben Sie Kreuzschmerzen?  nein  ja  manchmal  häufig

Gibt es einen ärztlichen Befund? Diagnose: \_\_\_\_\_

Haben Sie Rückenschmerzen?  nein  ja  manchmal  häufig

Gibt es einen ärztlichen Befund?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hohlrücken (Lordose)       | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma    | <input type="checkbox"/> Bechterew-Krankheit (Entzündung des Achsenskelettes) |
| <input type="checkbox"/> Rundrücken (Kyphose)       | <input type="checkbox"/> Flachrücken        | <input type="checkbox"/> Osteoporose (Verminderte Knochensubstanz)            |
| <input type="checkbox"/> Spinalgie (Wirbelschmerz)  | <input type="checkbox"/> Gleitwirbel        | <input type="checkbox"/> Spondylarthritis (Entzündung von Wirbelgelenken)     |
| <input type="checkbox"/> Scheuermann'sche Krankheit | <input type="checkbox"/> Ischiassyndrom     | <input type="checkbox"/> Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung)                   |
| <input type="checkbox"/> Hexenschuss                | <input type="checkbox"/> Steißbeintrauma    | <input type="checkbox"/> Spondylitis (Wirbelentzündung)                       |
| <input type="checkbox"/> Arthrose Hüftgelenke       | <input type="checkbox"/> Arthrose Knie      | <input type="checkbox"/> Arthrose Kreuzbeingelenke                            |
| <input type="checkbox"/> Arthrose Ellbogen/Hände    | <input type="checkbox"/> Arthrose Schultern | <input type="checkbox"/> Arthrose Füße, Sprunggelenke                         |
| <input type="checkbox"/> Spondylarthrose            | Andere: _____                               |   |

Leiden oder litten Sie an Bandscheibenproblemen?  nein  ja

Gibt es einen ärztlichen Befund? Diagnose: \_\_\_\_\_

Welche Wirbel sind betroffen?  Halswirbel  Brustwirbel  Lendenwirbel

Hatten Sie Bandscheibenoperationen?  nein  ja Narbenführung? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen ein Beckenschiefstand diagnostiziert?  nein  ja

Ist ein Bein kürzer?  nein  ja  links  rechts

Tragen Sie orthopädische Einlagen in den Schuhen?  nein  ja

Leiden Sie an einer anderen Erkrankung der Rückenwirbel oder Gelenke?  nein  ja

Leiden Sie unter Schmerzen oder Druck in der Schulter, Brust, Hals oder Armen?  nein  ja

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder -verletzungen?  nein  ja

Haben Sie Knieprobleme?  nein  ja  manchmal  häufig

Gibt es einen ärztlichen Befund? Diagnose: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter einer Deformation der Füße?  nein  ja  
 Gibt es einen ärztlichen Befund? Diagnose: \_\_\_\_\_

Erlitten Sie je einen Organbruch, Leistenbruch oder Prolaps (Vorfall)?  nein  ja

Hatten Sie Operationen?  nein  ja  
 Schnittführung: \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Hämorrhoiden?  nein  ja  leicht  stark

Leiden Sie unter Inkontinenz?  nein  ja  Urin  Stuhl

Sind Sie Diabetiker/-in?  nein  ja

Ist Ihr Blutdruck normal?  nein  ja  hoch  niedrig

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  nein  ja (auch Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel u. Psychopharmaka)  
 Welche? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Herzbeschwerden oder Herzrhythmusstörungen?  nein  ja

Gibt es Gründe für eine ambulante oder stationäre Behandlung?  nein  ja  
 Welche? \_\_\_\_\_

Betreiben Sie Gymnastik oder Sport?  nein  ja  sporadisch  regelmäßig  
 Welche Arten? \_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Frauen

Haben Sie Kinder geboren?  nein  ja, Wieviele? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Haben sich Unterleibsorgane bereits gesenkt?  nein  ja, Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen oder mehrere Dammschnitte?  nein  ja, Wieviele? \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen oder mehrere Kaiserschnitte?  nein  ja, Wieviele? \_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit (für sich persönlich oder einen Minderjährigen, für den er oder sie verantwortlich ist), dass er oder sie keinerlei Schadenersatzansprüche gegen das CANTIENICA®-Studio Hannover, Angelika Liebenau oder deren Erfüllungsgehilfen anstrengen wird. Diese Erklärung betrifft alle Forderungen aus sämtlichen Schäden, sei es an Personen oder Sachen, die durch das CANTIENICA® - Das Rückenprogramm nach Benita Cantieni oder verwandten Programmen direkt oder indirekt verursacht wurden. Ausgenommen bleibt die Haftung der vorgenannten Personen für grobes Verschulden.

Der Besuch von Anwenderkursen berechtigt nicht zur Weitergabe der CANTIENICA®-Methode

Ort, Datum

Unterschrift