



## Aufnahmebogen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ Puls \_\_\_\_\_ Blutdruck \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

**1. Was sind Ihre jetzigen Beschwerden und seit wann haben Sie diese?**

**2. Frühere schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen (bitte mit Jahreszahl angeben).  
Sind von diesen Operationen Narben oder Fremdkörper zurückgeblieben? Wenn ja, wo?**

**3. Chronische Erkrankungen und Beschwerden**

a) Kopfbereich:

Augen

Ohren

Nase/ Nasennebenhöhlen

Mandeln

Weisheitszähne

Tote/wurzelbehandelte Zähne

Letzter Zahnarztbesuch

b) Verdauungsorgane: Leber/Galle Magen  
Bauchspeicheldrüse Darm Blähungen  
Stuhlgang/Konsistenz/wie oft?

c) Niere/Blase:

d) Herz/Lunge:

e) Schilddrüse:

Bitte messen Sie 2 Tage lang morgens vor dem Aufstehen Ihre Temperatur in der Achsel und tragen Sie ein: Tag 1: \_\_\_\_\_ °C / Tag 2: \_\_\_\_\_ °C

f) Knochen/Gelenke:

g) Unterleibserkrankungen:

Frauen: Geburten Fehlgeburten

Operationen (Ausschabungen, Polypen, ...)

Eierstöcke: (Entzündungen, Zysten, Operationen ...)

Männer: Prostata (Beschwerden, Operationen)

(Neben-) Hodenentzündung

#### 4. Geschlechtskrankheiten

#### 5. Erbliche Belastung

6. **Stoffwechselerkrankungen:**

Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen? (zB. Diabetes, Gicht...)

7. **Kinderkrankheiten**

8. **Impfungen**

9. **Allergien/Unverträglichkeiten:**

10. **Rauchen Sie? Trinken Sie Alkohol? Nehmen Sie Drogen zu sich?**

11. **Untersuchungen:** Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht?

Welche Werte waren verändert?

EEG/EKG

Röntgen

Labor

Sonstiges

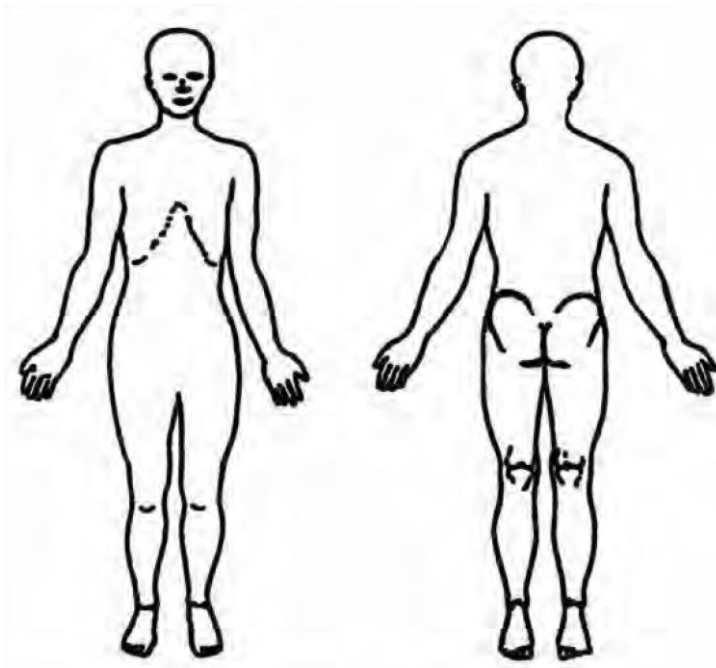
12. **Derzeitige Medikamente inkl. Vitamine und Mineralstoffe usw.**

**Bitte bringen Sie alle Medikamente (nicht nur Beipackzettel) Homöopathika und Nahrungsergänzungsmittel zum Ersttermin mit, die Sie regelmäßig oder ab und zu einnehmen bzw. eingenommen haben!**

13. **Krebsvorsorge:** Sind Sie in regelmäßiger Untersuchung? Wann zuletzt?

14. **Schmerzen:**

a) Bitte Schmerzlokalisierung und Verlauf in die Skizze eintragen:



b) Bitte kreuzen Sie an, ob die Beschwerden durch die in der Tabelle genannten Punkte, sich verschlimmern oder gelindert werden.

	Kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung			
Sitzen			
Stehen			
Gehen			
Liegen			
Nachts			
Früh morgen			
Bei maximaler Aktivität			
Beim Ausruhen			
Vor dem Essen			
Während dem Essen			
Nach dem Essen			
2-4 Std. nach dem Essen			