

Aufnahmebogen

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon: Email:

Beruf:

Versicherung: gesetzliche KV Beihilfe/Post private KV

Was ist ihr Wunsch/Ziel dieser Behandlung?

.....

Unter welchen Erkrankungen leiden Sie und seit wann?

.....

.....

.....

Wo haben Sie Schmerzen? Seit wann und wie stark? Scala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (unerträglich)

.....

.....

.....

Gibt es Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel, Tiere, Pollen)? :

.....

.....

Ernährung:

Verlangen nach Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol

Abneigung gegen Süß, Sauer, Pikant, Salzig, Fleisch

Trinken Was und Wieviel trinken Sie am Tag?.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament

seit wann

.....

.....

.....

.....

.....

Gab es Operationen, Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Stürze?

.....

.....

Welche Krankheiten in ihrer Familie sind Ihnen bekannt (Eltern, Großeltern, Geschwister)?:

z.B. Herzerkrankungen, Asthma, Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Rheuma, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient