



## AUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie erleichtern uns die Vorarbeit, wenn Sie uns mit diesem Aufnahmebogen vorab die wichtigsten Informationen geben. Sie können in Ruhe überlegen und wir werden dann im persönlichen Gespräch mit Ihnen die Einzelheiten genau besprechen. Sollten Sie irgendwelche persönlichen Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

NAME: ..... VORNAME: .....  
 Geb. Datum: .....  
 Wohnort: (PLZ.....) ..... Straße: .....  
 Tel. priv.: ...../..... Tel. geschäftl.: ...../.....  
 Mobiltel.: ..... Fax: ...../..... Email: .....  
 Krankenkasse: .....

Beruf (beschreiben Sie bitte, wie Ihre Arbeitssituation ist, nicht nur z.B. „Kaufmann“; d.h.: viel sitzende Tätigkeit, schwere körperliche Tätigkeit, extreme geistige Anspannung etc.. Gibt es möglicherweise Schadstoffbelastungen zu Hause oder im Berufsleben?).....

Wie sind Ihre Lebensverhältnisse (allein stehend, verheiratet, wie viele Kinder; bei Kindern Geschwister?).....

**Krankengeschichte** vom (Datum) .....

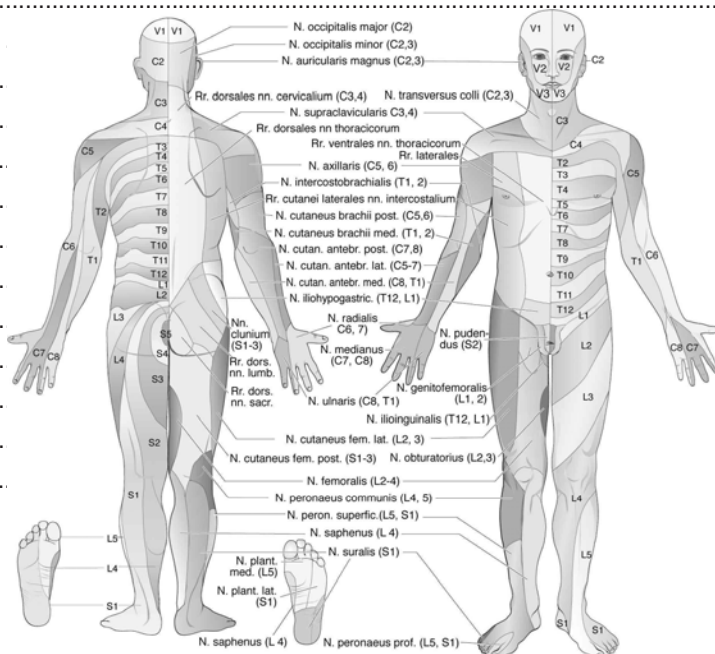
Was sind Ihre **jetzigen Beschwerden**?

**Hauptbeschwerde** (Wann sind sie aufgetreten? Vermuten Sie einen Zusammenhang mit einem Auslöser?):

.....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....



Zeichnen Sie bitte die Schmerz und Beschwerdelokalisation in das nebenstehende Schema ein.

Wie ist der **Schmerzcharakter**? (z.B. stechend, dumpf, etc.): .....

Sind die Schmerzen oder andere Beschwerden veränderlich ? Wenn ja wie:

	kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung	.....	.....	.....
Sitzen	.....	.....	.....
Stehen	.....	.....	.....
Liegen	.....	.....	.....
Nachts	.....	.....	.....
Morgens	.....	.....	.....
Abends	.....	.....	.....

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen in eine Skala von -10 bis + 10 einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa?  
Machen Sie spontan ein Kreuz auf die Skala.

**Im schlimmsten Fall:**

Stärkste vorstellbare Beschwerden                      neutrales seelisches Befinden                      maximales seelisches Wohlbefinden  
-10 -----0 -----+10

**im besten Fall**

Stärkste vorstellbare Beschwerden                      neutrales seelisches Befinden                      maximales seelisches Wohlbefinden  
-10 -----0 -----+10

Welche **Fachärzte** oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?.....  
.....

**Untersuchungen:** Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht; Ergebnis? Welche Werte waren verändert?

Bitte bringen Sie **Befunde und Röntgenaufnahmen** mit, soweit vorhanden.

Röntgen:.....

MRT: ..... CT: .....

Labor: .....

EEG/EKG: .....

Magen/Darmspiegelung: .....

Welche **Therapieverfahren** wurden bereits angewandt, und mit welchem Erfolg?

.....

**Kinderkrankheiten** (Datum): .....

.....

**Impfungen** (Datum): .....

.....

**Frühere Operationen**, wann (bitte mit Datum angeben).....

.....

.....

.....

Sind von diesen Operationen Fremdkörper zurück geblieben? Wenn ja, wo? .....

.....

**Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden:**

**1. Haut:** .....

.....

**2. Allergien/Unverträglichkeiten:** .....

.....

**3. Kopf/Hals:**

**Augen:** ..... **Ohren:** ..... **Nasennebenhöhlen:** .....

**Mandeln:** ..... „**Polypen**“: .....

**Schilddrüse:** ..... **Medikamente:** .....

**Zähne:** Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die unten stehende Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können (blicken Sie in den Spiegel) oder bitten Ihren Zahnarzt um Mithilfe.

Art des Zahnersatzes: Inlay/Onlay (**O**), Krone (**K**), Brücke (**B**), Implantat (**I**); tote, wurzelbehandelte Zähne (**W**); fehlende Zähne **ausstreichen**

Zahnersatzmaterial: Amalgam (**A**), Kunststoff (**P**), Gold (**G**), Keramik (**C**) Amalgam entfernt? Wann? .....

Ausschwemmbehandlung?.....womit?.....

Letzter Zahnarztbesuch .....Gibt es eine Panoramaaufnahme neueren Datums?.....

Bringen Sie diese bitte möglichst mit.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
rechts															links
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**4. Herz /Kreislauf:**..... **Blutdruck**.....

**5. Lunge:** .....

**6. Verdauungsorgane:**

Leber: ..... Galle: ..... Magen: .....

Bauchspeicheldrüse:.....Verdauung/Darm: .....

Blähungen: .....Stuhlgang wie oft: ..... Konsistenz: .....

**7. Niere/Blase:** ..... Inkontinenz beim Pressen, Husten: .....

**8. Weibliche Geschlechtorgane/Zyklus:**

Zykluslänge (z.B. 28 Tage): ..... Menstruation, Dauer (z.B. 5 Tage) ..... Beschwerden .....

„Pille“: .....Menopause seit wann: .....Beschwerden: .....

Hormonersatz: ..... Koitusbeschwerden: .....

Geburten: Daten...../...../...../...../...../...../..... Dammschnitt(e):..... Kaiserschnitt:.....

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

Operationen (Ausschabungen, Polypen): .....

**9. Männliche Geschlechtsorgane:**

Prostata (Beschwerden, Operationen): .....Hodenentzündung: .....  
Erektionsfähigkeit: .....

**10. Geschlechtskrankheiten:** .....

**11. Krebsvorsorge:** Wann haben Sie die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung gemacht? .....

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihnen eine regelmäßige nicht invasive Krebsvorsorge empfohlen wird (Frauen ab 30 J., Männer ab 40 J.)

**12. Bewegungsapparat:** Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen.....

**13. Seelische Erkrankungen (Depressionen o.Ä.), Nervenerkrankungen, Kopfschmerzen:** .....

**14. Stoffwechselerkrankungen:** Diabetes: .....Gicht: ..... Fettstoffwechselstörung: .....

**15. Schlaf:** .....

**16. Appetit:** ..... **Durst:** .....

Wie ernähren Sie sich? .....

**17. Schweißneigung:** ..... Nachtschweiß: .....

**18. Derzeitige Medikamente:** .....

**19. Nikotin:** ..... **Alkohol:** ..... **Kaffee:** .....

**20. Größe:**.....cm; **Gewicht:**.....Kg

**21. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? Verwandtschaftsgrad?**

Tbc: ..... Allergien: ..... Diabetes: .....  
Übergewicht: .....Hochdruck: ..... Herzinfarkt: .....  
Schlaganfall: ..... Krebsleiden: ..... Schilddrüsenerkrankungen: .....  
andere: .....

**Möchten Sie sonst noch etwas vermerken?**

**Wir danken für Ihre freundliche Mitarbeit und werden persönlich alles noch einmal genau mit Ihnen durchgehen.**