

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Damit ich mich auf das vereinbarte Gespräch optimal vorbereiten kann, bitte ich Sie, in diesem Aufnahmebogen einige Angaben zu Ihren aktuellen Beschwerden, Ihren möglichen Vorerkrankungen sowie zu Ihrer familiären Vorgeschichte zu machen. Fragen oder Angaben, die Sie nicht schriftlich darlegen möchten, besprechen wir gerne persönlich während unseres Gespräches. Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin alle relevanten Befunde (**Arztbriefe, Laborergebnisse** und **weitere wichtige Unterlagen** über Ihre Krankengeschichte sowie Ihren **Impfpass** und ggf. Ihren **Brillenpass** mit.

Bitte lassen Sie mir den ausgefüllten Aufnahmebogen wenn möglich mindestens 3 Tage vor dem vereinbarten Termin zukommen. Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit und freue mich auf Ihren Besuch.

Datum:

## 1. Persönliche Angaben

		<b>Aktuelle Lebensverhältnisse:</b>
Nachname:		<input type="checkbox"/> verheiratet
Vorname:		<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend
Straße:		<input type="checkbox"/> geschieden
Postleitzahl:		<input type="checkbox"/> verwitwet
Ort:		<input type="checkbox"/> ledig / alleinstehend
e-mail:		Anzahl der Kinder:
Geb.-Datum:		
Telefon (tagsüber):		Größe:
Telefon mobil:		Gewicht:
Krankenversicherung:		

### Berufliche Funktion / Tätigkeit:

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre derzeitige Arbeitssituation (z. B. überwiegend sitzende Tätigkeit, schwere körperliche Arbeit, extreme geistige Anspannung, Schadstoffbelastung am Arbeitsplatz etc.)

---



---



---



---

<b>derzeitiger Hausarzt</b>	
Name:	
Anschrift:	
Telefon:	<input type="checkbox"/> Ich habe derzeit keinen Hausarzt



### 3. Medikamente und Nahrungsmittel

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Medikamentes	Dosis	Anzahl pro Tag

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?

Name des Nahrungsergänzungsmittels	Dosis	Anzahl pro Tag

### 4. Familiäre Vorgeschichte

Nachstehend finden Sie eine Liste mit Krankheitsbildern bzw. Risikofaktoren. Bitte vermerken Sie, an welchen der genannten Erkrankungen Ihre Familienangehörigen (Geschwister, Eltern, Großeltern) leiden oder litten und in welchem Alter sie auftraten.

Krankheitsbild	Wer?
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette (Cholesterin)	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)	
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, Verengung der Herzkranzgefäße	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	
<input type="checkbox"/> sonstige Herz- oder Gefäßerkrankungen (z. B. Thrombose der Beinvenen)	
<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Dickdarmkrebs oder Polypen	
<input type="checkbox"/> Lungenkrebs	
<input type="checkbox"/> Prostatakrebs	
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	
<input type="checkbox"/> sonstige Krebserkrankungen und zwar:	

## 5. Frühere Erkrankungen und Beschwerden

Leiden oder litten Sie in jüngerer Zeit unter Erkrankungen bzw. Beschwerden in den Körperregionen, die nachfolgend aufgeführt sind? Wenn nein, können Sie den jeweiligen Bereich überschlagen. Wenn ja, beschreiben Sie bitte, wie oft es dazu kommt oder kam und definieren Sie die Beschwerden ein wenig genauer. Wenn gegen Ihre Beschwerden bereits Therapieverfahren angewendet wurden, nennen Sie diese bitte unter dem jeweiligen Punkt.

Kopf	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> einseitige Kopfschmerzen		
<input type="checkbox"/> Nackenschmerzen		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Augen	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Sehen von Doppelbildern		
<input type="checkbox"/> Schmerzen nach längerem Lesen oder Schreiben		
<input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Tragen Sie eine Sehhilfe?     Ja                       Kontaktlinsen                       nein

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Mund, Rachen, Zähne	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Zahnschmerzen		
<input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündungen		
<input type="checkbox"/> Geschmacksstörungen		
<input type="checkbox"/> Kloßgefühl im Hals		
<input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschwerden		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt?     Ja, wann \_\_\_\_     Nein

Tragen Sie eine Zahnschiene?                       Ja                       Nein

Haben Sie aktuell Amalgamfüllungen?                       Ja                       Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Amalgamsanierung durchgeführt?  Ja, wann \_\_  Nein

Wurde in diesem Zusammenhang eine Amalgam-Ausleitungstherapie vorgenommen?  Ja  Nein

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Hals, Nase, Ohren	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> anhaltendes Rauschen oder Klingeln (Tinnitus)		
<input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten		
<input type="checkbox"/> Mandelentzündungen		
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/> Entzündungen der Nasennebenhöhlen		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Magen und Darm	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Sodbrennen		
<input type="checkbox"/> Schmerzen im Oberbauch		
<input type="checkbox"/> krampfartige Bauchschmerzen		
<input type="checkbox"/> Verstopfung		
<input type="checkbox"/> Durchfall		
<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl oder aufgelagert		
<input type="checkbox"/> schwarzer Stuhl oder Teerstuhl		
<input type="checkbox"/> Gallensteine		
<input type="checkbox"/> Entzündungen der Speiseröhre		
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenentzündung		
<input type="checkbox"/> Magen- bzw. Zwölffingerdarmgeschwür		
<input type="checkbox"/> Appetitmangel		
<input type="checkbox"/> Erbrechen		
<input type="checkbox"/> Übelkeit		
<input type="checkbox"/> Leberentzündung (Gelbsucht)		
<input type="checkbox"/> Blähungen		
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Herz / Kreislauf	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen		
<input type="checkbox"/> Herzschmerzen / Brustenge		
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck		
<input type="checkbox"/> Venenentzündungen		
<input type="checkbox"/> Krampfadern		
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette (Cholesterin)		
<input type="checkbox"/> Blutkrankheiten / Blutarmut		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- Herzmuskelschwäche
- Herzklappenfehler
- periphere arterielle Verschlusskrankheit (Schaufensterkrankheit)
- Aneurysma
- Schlaganfall
- Herzinfarkt
- Lungenembolie
- tiefe Beinvenenthrombose

Tragen Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator  Ja  Nein

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Stoffwechsel	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Überfunktion der Schilddrüse	
<input type="checkbox"/> Unterfunktion der Schilddrüse	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenknoten	
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ I	
<input type="checkbox"/> Diabetes Typ II	
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:	

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

<b>Lunge</b>	<b>Wie oft?</b>	<b>Kurze Beschreibung</b>
<input type="checkbox"/> Bronchitis		
<input type="checkbox"/> Atemnot / Asthma		
<input type="checkbox"/> chronischer Husten		
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung		
<input type="checkbox"/> Emphysem		
<input type="checkbox"/> Tuberkulose		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

<b>Bewegungsapparat</b>	<b>Wie oft?</b>	<b>Kurze Beschreibung</b>
<input type="checkbox"/> Wirbelsäule		
<input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden		
<input type="checkbox"/> muskuläre Beschwerden		
<input type="checkbox"/> Knochenbrüche		
<input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden		
<input type="checkbox"/> Schwellungen an den Beinen		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

<b>Harnwege und Geschlechtsorgane</b>	<b>Wie oft?</b>	<b>Kurze Beschreibung</b>
<input type="checkbox"/> Brennen bzw. Schmerzen beim Wasserlassen		
<input type="checkbox"/> häufiger nächtlicher Urindrang		
<input type="checkbox"/> Blasenentzündung		
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, die Blase vollständig zu entleeren		
<input type="checkbox"/> Unkontrolliertes Wasserlassen beim Niesen, Pressen oder Husten		
<input type="checkbox"/> Unterleibsschmerzen		
<input type="checkbox"/> Nieren- oder Nierenbeckenentzündung		
<input type="checkbox"/> Nierensteine		
<input type="checkbox"/> erhöhter Harnsäurespiegel bzw. Gicht		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

für Frauen	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> starke / veränderte Regelblutung		
<input type="checkbox"/> neu aufgetretene Blutungen nach Ende der Wechseljahre		
<input type="checkbox"/> Veränderungen der Brüste		
<input type="checkbox"/> Knoten in der Brust		
<input type="checkbox"/> Erkrankungen an Gebärmutter oder Eierstöcken		
<input type="checkbox"/> Hormonstörungen		
<input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

für Männer	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Prostatabeschwerden		
<input type="checkbox"/> Hodenentzündung		
<input type="checkbox"/> Erektionsstörungen		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Haut	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Knoten in der Haut	
<input type="checkbox"/> Warzen oder Leberflecke, die sich in letzter Zeit verändert haben	
<input type="checkbox"/> Allergien	
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:	

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

Nervensystem	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Ohnmachts- oder Schwindelanfälle		
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Epilepsie)		
<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit		
<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen		
<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit		
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung		
<input type="checkbox"/> Reizbarkeit		
<input type="checkbox"/> Angstgefühle		
<input type="checkbox"/> depressive Verstimmungen		
<input type="checkbox"/> Erschöpfungszustände / Burnout		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

nächtlicher Schlaf	Wie oft?	Kurze Beschreibung
<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen		
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen		
<input type="checkbox"/> Tagesmüdigkeit		
<input type="checkbox"/> Schnarchen		
<input type="checkbox"/> Atempausen		
<input type="checkbox"/> starker Nachtschweiß		
<input type="checkbox"/> häufiges nächtliches Wasserlassen (mehr als 2 x pro Nacht)		
<input type="checkbox"/> vorzeitiges Erwachen		
<input type="checkbox"/> sonstige Beschwerden und zwar:		

Welche Therapieverfahren wurden gegen Ihre Beschwerden bereits angewendet? Welchen Erfolg hatten sie?

---



---



---

## 6. Bisherige Untersuchungen und Operationen

Bitte kreuzen Sie nachstehend an, welche Untersuchungen bei Ihnen in der Vergangenheit (letzte 5 Jahre) durchgeführt wurden, wann diese waren und welches Ergebnis sie hatten. Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin die **Originalbefunde der Untersuchungen** sowie – sofern vorhanden – **Röntgenbilder oder CDs** mit. Bei Operationen bitte nach Möglichkeit den **OP-Bericht** mitbringen.

Innere Organe	Wann?	Ergebnis
<input type="checkbox"/> Magenspiegelung		
<input type="checkbox"/> Darmspiegelung		
<input type="checkbox"/> EKG / Belastungs-EKG		
<input type="checkbox"/> Herzultraschall		
<input type="checkbox"/> EEG		
<input type="checkbox"/> Laboruntersuchung / Blutbild		
<input type="checkbox"/> sonstige Untersuchungen und zwar:		

Bildgebende Verfahren	Wann?	Was wurde untersucht?	Ergebnis
<input type="checkbox"/> Röntgen			
<input type="checkbox"/> MRT			
<input type="checkbox"/> CT			
<input type="checkbox"/> Ultraschall			

Operationen	Wann?	Was wurde operiert?	Ergebnis

## 7. Ernährungs- und Trinkgewohnheiten

Trinkmenge pro Tag: \_\_\_\_\_ Liter

Was wird getrunken?

---



---



---

Wie sieht ein durchschnittlicher Ernährungstag bei Ihnen aus?

Morgens:

---



---

Mittags:

---



---

Abends:

---



---

Zwischenmahlzeiten:

---



---

Welche Öle und Fette verwenden Sie im Allgemeinen?

- Leinöl                       Rapsöl                       Olivenöl                       Margarine  
 Sonnenblumenöl       Butter                       sonstiges

Haben Sie in der Vergangenheit Diäten gemacht? Wenn ja, welche?

---



---



---

## 8. Genussmittel

Wie oft konsumieren Sie pro Woche durchschnittlich alkoholische Getränke und wenn ja, welche?

---



---



---

Rauchen Sie zur Zeit?                       ja                       nein

Wenn ja, wieviel?                      \_\_\_\_\_

Haben Sie früher geraucht?                       ja                       nein

Wenn ja, wann aufgehört?                      \_\_\_\_\_

## 9. Körperliche Aktivitäten und Sport

Welche körperlichen Aktivitäten betreiben Sie?

Sportart	wie oft?	Dauer (Std. / Minuten)	wie intensiv?

Möchten Sie mir noch etwas mitteilen?

---

Welche Erwartungen haben sie an meine Behandlung?

---



---



---

Welches Behandlungsziel verfolgen Sie?

---

---

---

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitarbeit. Damit machen sie es möglich, dass ich mich optimal auf Sie und unser Gespräch vorbereiten kann. Ich werde mir die notwendige Zeit für Sie nehmen und Ihre evtl. Fragen ausführlich und in Ruhe beantworten. Ich freue mich, Sie persönlich kennenzulernen.