



# Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine möglichst effektive Behandlung gewährleisten zu können, ist es entscheidend, dass Sie nachstehende Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen beantworten. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt (Schweigepflicht).

## Fragebogen für Patienten

### Meine persönliche Daten

Vorname:  Name:  geb.:

Straße/Nr.:  PLZ/Ort:

E-Mail:  Tel.

Mobil:  empfohlen von

Krankenversicherung: ☐ gesetzlich ☐ mit Zusatzversicherung HP bei:

☐ privat bei:

☐ Beihilfe ☐ Post B

Beruf:  ☐ ich sitze viel ☐ ich stehe viel

☐ ich arbeite körperlich

Ich treibe Sport: ☐ leider gar nicht ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig ☐ viel

Haben Sie Kinder? Wie viele?

Ich bin in ärztlicher Behandlung: ☐ nein ☐ ja, bei ☐ Facharzt ☐ Hausarzt ☐ Heilpraktiker

Name des Behandelnden:

## Anliegen

☐ Ich bin hier aus prophylaktischen Gründen

Ich habe Beschwerden in den folgenden Bereichen:

☐ Halswirbelsäule

☐ Lendenwirbelsäule

☐ Brustwirbelsäule

☐ Gelenke

Sonstige Beschwerden:

Meine Beschwerden habe ich seit:

Die Beschwerden treten auf bei:

und verschwinden bei:

Sind Sie wegen dieser Beschwerden zurzeit in ärztlicher und/ oder psychologischer Behandlung?

☐ Ja und zwar bei

## Unfälle / Operationen

Hatten Sie bereits Unfälle und Verletzungen? Wenn ja, wann und in welchem Bereich?

☐ Ja, Datum / Bereich

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und in welchem Bereich?

☐ ja, Datum / Bereich

## Bisherige Untersuchungen

Welche der folgenden ärztlichen Untersuchungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt und in welcher Körperregion?

☐ Röntgen / CT

☐ Kernspintomografie

☐ Szintigraphie / Knochendichtemessung

☐ Endoskopie

(Magen / Darm)

☐ Labor- / Blutuntersuchung

☐ Sonstiges

## Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein?

| Name                 | Medikament           | Menge                | Häufigkeit           |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## Nahrungsergänzungsmittel

(z.B. Vitamine)

## Lebenssituation

Welche Dinge treffen auf Sie zu?

- |                                                    |                                               |                                                                          |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden         | <input type="checkbox"/> Verspannungen        | <input type="checkbox"/> Herzrasen                                       |
| <input type="checkbox"/> Nächtliches Schwitzen     | <input type="checkbox"/> Stress               | <input type="checkbox"/> Sportmuffel                                     |
| <input type="checkbox"/> Leistungsabfall           | <input type="checkbox"/> Müdigkeit            | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfälle                            |
| <input type="checkbox"/> Rasche Gewichtsabnahme    | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen      | <input type="checkbox"/> Bänder- / Muskelrisse                           |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Temperatur        | <input type="checkbox"/> Schwindel            | <input type="checkbox"/> Narben                                          |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft           | <input type="checkbox"/> Sehstörungen         | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen nachts                           |
| <input type="checkbox"/> Pille                     | <input type="checkbox"/> Brillenträger        | <input type="checkbox"/> Ich trage Einlagen                              |
| <input type="checkbox"/> Traumata (mental)         | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen  | <input type="checkbox"/> Eigene Geburt: Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Alkohol, Nikotin, Koffein | <input type="checkbox"/> Sodbrennen           | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen                           |
| <input type="checkbox"/> Asthma                    | <input type="checkbox"/> Keine Zeit zum Essen | <input type="checkbox"/> Allergien / Unverträglichkeiten                 |
| <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche              | <input type="checkbox"/> Fast Food            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                                    |
| <input type="checkbox"/> Migräne                   | <input type="checkbox"/> Starker Durst        | <input type="checkbox"/> Ich möchte etwas ändern                         |

Wenn ja/ Was möchten Sie gerne ändern?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. des Erziehungsberechtigten/ gesetzlichen Vertreters