

## Aufnahmebogen

Name:..... Vorname:.....  
Geb..... Beruf:.....  
Tel. gesch..... Tel.priv.....  
Strasse:..... PLZ:.....  
Wohnort:.....  
Empfehlung:..... Krankenkasse:.....  
Gewicht:..... Größe:.....email:.....  
Rechnung per mail: ja..... nein:.....

1. Was sind Ihre jetzigen Beschwerden, seit wann liegen sie vor und wo?

2. frühere Operationen, schwere Erkrankungen und Unfälle.

3. chronische Krankheiten:

Kopf: Augen: Nasennebenhöhle: Mandeln:  
Zähne: Zahnfüllmaterial: Wurzelbehandlungen:  
Weisheitszähne: Implantate:  
letzter Zahnarztbesuch:  
Verdauungsorgane: Leber/Galle: Magen:  
Bauchspeicheldrüse:  
Darm: Blähungen: Stuhlgang Konsistenz? Wie oft?

Niere/Blase:  
Herz/Lunge:  
Schilddrüse:  
Knochen/Gelenke:  
Unterleib:  
Frauen: Geburten:      Fehlgeburten:      Ausschabungen:  
Eierstöcke:  
Männer: Prostata:      Hoden:  
Geschlechtskrankheiten:  
Erbliche Belastung:  
Medikamente:  
Nahrungsergänzungsmittel:  
Allergien:  
Haustiere:  
Sonstiges:  
Lebenslinie:      Geburt  
                    Biographisch      somatisch