

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