



### AUFNAHMEBOGEN

bitte alle Seiten unbedingt vorher einsenden, emailen oder faxen an  
[info@duale-medizin.de](mailto:info@duale-medizin.de) oder 089-54329907

Name: ..... Vorname: ..... Geb.- Datum.: .....

Straße: ..... PLZ: ..... Wohnort: .....

Tel privat: ..... Tel geschäftl.: ..... Fax privat: .....

Handy: ..... Email: ..... Skype: .....

Ihr Beruf: ..... Versicherungsgesellschaft: .....

Gewicht: ..... kg      Größe: ..... cm

Homöopathisch versichert:            ja      nein  
Akupunkturbehandlung versichert:    ja      nein

#### Wie haben Sie von uns erfahren?

Freund/in oder Bekannte:      Name: \_\_\_\_\_

Kollegen/in:      Name: \_\_\_\_\_

Flyer:

Anzeigen:

Medizinische Informationsmaterialien:

Internet:

**Bitte bringen Sie alle Medikamente u. sog. Nahrungsergänzungsmittel sowie Ihre radiologischen Bilder zum Ersttermin mit, die Sie regelmäßig oder ab und zu einnehmen bzw. eingenommen haben sowie Ihre Befunde und evtl. Ihre Aufbisschiene!**

1. Was sind Ihre jetzigen Beschwerden und seit wann haben Sie diese?

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

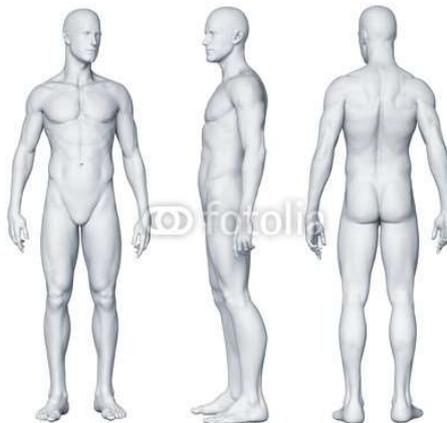
2. Sind Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV) bekannt? Wenn ja, welche?

.....  
.....

3. Welche früheren schweren Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen haben Sie durchgemacht? (bitte mit Datum angeben)

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

Sind von diesen Operationen oder anderen Schnittwunden Narben oder Fremdkörper oder Implantate zurückgeblieben? Wenn ja, wo? Bitte einzeichnen:



4. Zähne:

Letzter Zahnarztbesuch: ..... behandelnder Zahnarzt: .....

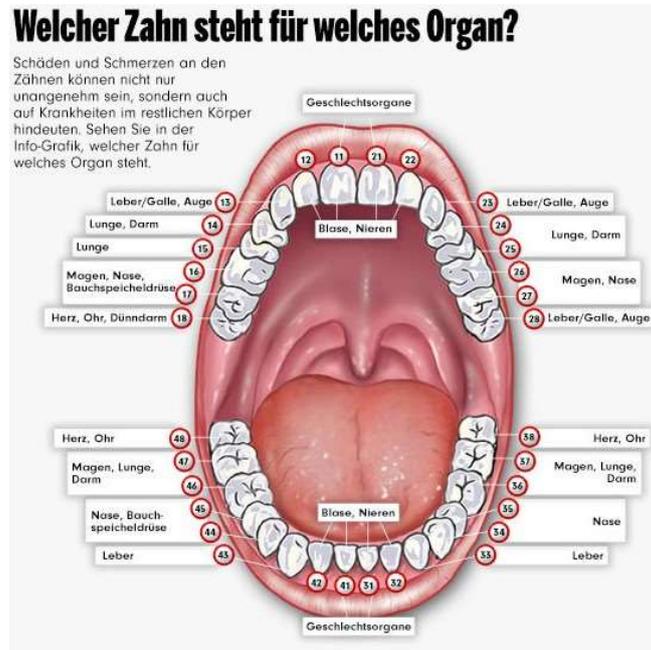
Zahnfüllungsmaterial heute: .....

Weisheitszähne noch vorhanden: ja  nein

- Tote Zähne: ja  nein

- Wurzelbehandelte Zähne: ja  nein

Bitte markieren Sie tote (T), wurzelbehandelte (W) oder Implantate (I) in nachfolgender Grafik:



- Haben Sie eine Aufbisschiene oder haben Sie mal eine solche gehabt? ja  nein
- Haben Sie Amalgam? ja  nein, es wurde entfernt  nein, habe ich nie gehabt   
 Wann ist das Amalgam herausgenommen worden? .....
- Ist eine Schwermetallausleitung gemacht worden? ja  nein   
 Bei ja: Wie bzw. mit welcher Substanz? .....
- Wann wurde die letzte Übersichts- bzw. Panorama-Röntgenaufnahme beim Zahnarzt gemacht? Datum: \_\_\_\_\_ (wenn möglich bitte mitbringen bzw. digital emailen)

5. Chronische Erkrankungen und/oder Beschwerden:

- a) Im Bereich des Kopfes:  
 Augen: ..... Ohren: .....  
 Kieferhöhlen: ..... Mandeln: .....
- b) Im Bereich der Verdauungsorgane:  
 Leber: ..... Galle: .....  
 Magen: ..... (Pankreas) Bauchspeicheldrüse: .....  
 Darm: .....  
Verdauungsstörungen: .....  
 Blähungen: ja  nein  Stuhlgang wie oft? ..... Konsistenz: .....
- c) Niere / Blase: .....

d) Herz: ..... Lunge: .....

e) Schilddrüse: .....

f) Unterleibserkrankungen:

Frauen: Geburten: ..... Fehlgeburten: .....

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

Eierstöcke (Entzündungen, Operationen, Zysten, etc.): .....

Antibabypille: ja O, welche? .....

nein O, welche Art der Verhütung dann? .....

Vorhandene Periode: ja O nein O Zykluslänge: ..... Tage

Menopause: ja O, seit: ..... Hitzewallungen: ja O nein O

Nachtschweiß: ja O nein O Vergesslichkeit: ja O nein O

Vaginale Trockenheit: ja O nein O

Haben Sie schon mal Hormone eingenommen bzw. nehmen Sie aktuell Hormone ein?

nein O ja O Welche:.....

Männer: Prostata (Beschwerden, Operationen): .....

Hodenentzündung: .....

g) Knochen / Gelenke: .....

6. Geschlechtskrankheiten/bekanntere Infektionskrankheiten:.....

7. Erbliche Belastung:.....

8. Stoffwechselerkrankung (Diabetes, Gicht, Schuppenflechte ...):

.....

9. Kinderkrankheiten:.....

10. Impfungen:.....

11. Allergien / Unverträglichkeiten:.....

12. Schlafstörungen: nein O ja O: Einschlafstörung O Durchschlafstörung O

13. Derzeitige Medikamente einschließlich sog. Nahrungsergänzungsmittel: (bitte in aktueller Dosierung eintragen)

.....

.....

.....

.....

.....  
Nikotin: ..... Alkohol: .....

Sport: täglich  wöchentlich  selten  nie

14. Untersuchungen: wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht - welche Werte waren verändert:

EEG/EKG: ..... Röntgen/ Labor: .....

Sonstiges: .....

15. Krebsvorsorge: Sind Sie in regelmäßiger Untersuchung? Wann Zuletzt ?

16. Bei Schmerzen bitte Schmerzverlauf oder Schmerzlokalisation beschreiben: Sind die Schmerzen veränderlich? Wenn ja wie:

.....  
.....

**Wichtig: Folgende Untersuchung ermöglicht uns eine erste Beurteilung der Schilddrüsensituation, was oft bereits beim ersten Termin wichtig ist:** Bitte messen Sie möglichst mit einem Quecksilberthermometer 3 Tage lang **vor** dem Aufstehen Ihre Temperatur in der Achsel und tragen Sie ein. Bitte trinken Sie keinen Alkohol am Abend vorher. (Dieser Test ist nicht gültig für Frauen, die die Anti-Baby-Pille nehmen, da diese die Temperatur erhöht). Achtung: ein digitales Thermometer schaltet sich oft von selber nach zu kurzer Zeit ab. Dann das Thermometer noch etwas unterm Arm belassen. Die Messung wäre sonst zu kurz!

Tag 1: .....°C Tag 2: .....°C Tag 3: .....°C

**Bitte beachten Sie, dass wir für Ihren Ersttermin 1 bis 1,5 Stunden für Sie reservieren. Wenn Sie den Termin absagen möchten, verständigen Sie uns bitte 24 Stunden vorher, sonst müssen wir den Termin voll und privat in Rechnung stellen.**

**Wir freuen uns auf Sie! Ihr Praxisteam**