

Dr. med. E. Seebach

AUFNAHMEBOGEN

(bitte alle Seiten unbedingt vorher einsenden oder faxen an 089-54329907)

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

Straße:..... PLZ:..... Wohnort:.....

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

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

Versicherungsgesellschaft:

Homöopathische Behandlung 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:

→ Bitte bringen Sie alle Medikamente zum Ersttermin mit, die Sie regelmäßig oder ab und zu einnehmen bzw. eingenommen haben sowie Ihre Befunde und evtl. Ihre Aufbisschiene!

c) Niere / Blase:

d) Herz: Lunge:

e) Schilddrüse:

f) Unterleibserkrankungen:

Frauen: Geburten ____ Fehlgeburten ____ Operationen: (Ausschabungen, Polypen, ...)

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

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?

ja O Welche: nein O

Männer: Prostata (Beschwerden, Operationen)

Hodenentzündung:

g) Knochen / Gelenke:

4. Geschlechtskrankheiten:

5. Erbliche Belastung:

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

7. Kinderkrankheiten:

8. Impfungen:

9. Allergien / Unverträglichkeiten:

10. Schlafstörungen: ja O nein O

Wenn ja: Einschlafstörung O Durchschlafstörung O

11. Derzeitige Medikamente: (bitte in aktueller Dossierung eintragen)

-
-
-
-
-

Nikotin:

Alkohol:

Privatärztliche Praxis Dr. med. Elke Seebach, Dachauer Str. 9 / Eingang Marsstraße, 80335 München
T: 089-54 32 99 08, F: 089-54 32 99 07, E: info@duale-medizin.de, www.duale-medizin.de

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

EEG/EKG:

Röntgen:

Labor:

Sonstiges:

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

14. 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 bis 24 Stunden vorher, sonst müssen wir den Termin voll und privat in Rechnung stellen.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam