

DUALE MEDIZIN®

natürlich wegweisend

AUFNAHMEBOGEN

bitte alle Seiten unbedingt vorher per Post einsenden oder
emailen an: anmeldung@duale-medizin.de / Fax: 089 255529679

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!

www.duale-medizin.de

Duale Medizin® in München
Dachauer Str. 9 • 80335 München
T: 089-51618910
info@duale-medizin.de

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

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

2. Bei Schmerzen bitte Schmerzverlauf oder Schmerzlokalisierung beschreiben:

Sind die Schmerzen veränderlich? Wenn ja wie:

.....
.....

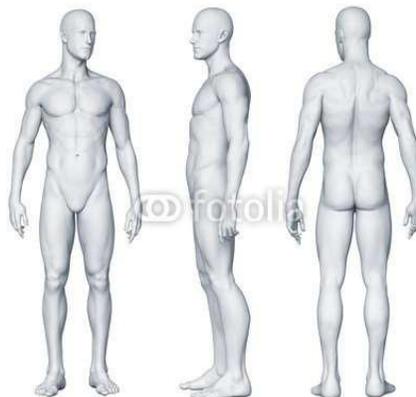
3. Sind Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV) bekannt? Wenn ja, welche?

.....
.....

4. 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:

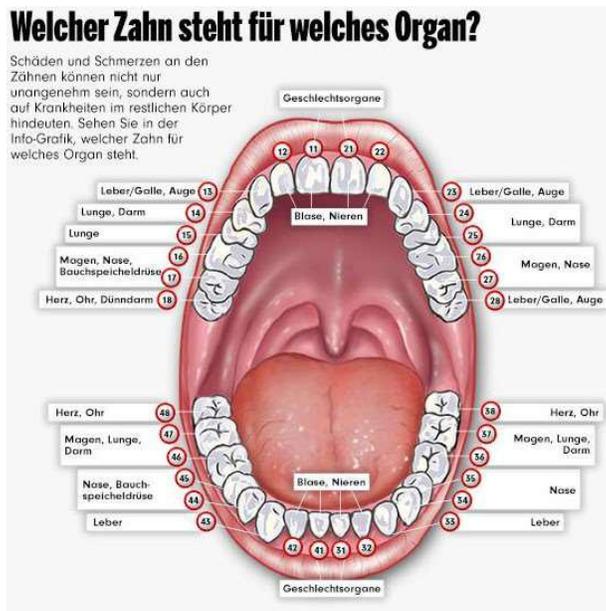
Weisheitszähne noch vorhanden: ja nein

- 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)

Haut: Haben Sie (bitte ankreuzen):

- Auffällige Muttermale Keratosen (rauhe Verhornungen) Warzen
- Flecken i.S. von Hyperpigmentierungen z.B. im Gesicht auf den Händen
- Narben Dehnungsstreifen
- Pickel Nagelpilz an Hand oder Fuß
- Stielwarzen (Pendelfibrome) z.B. am Hals oder Oberkörper
- Wunden diabetische Geschwüre (Ulzera)

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 , welche?
nein , welche Art der Verhütung dann?

Vorhandene Periode: ja nein Zykluslänge: Tage

Menopause: ja , seit: Hitzewallungen: ja nein

Nachtschweiß: ja nein Vergesslichkeit: ja nein

Vaginale Trockenheit: ja nein

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

nein ja Welche:.....

Männer: Prostata (Beschwerden, Operationen):

Hodenentzündung:

g) Knochen / Gelenke:

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

7. Erbliche Belastung:.....

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

.....

9. Kinderkrankheiten:.....

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