

AUFNAHMEBOGEN

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

Name: Vorname: Geb.- Datum:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl: 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 und 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. Bei Schmerzen bitte Schmerzverlauf oder Schmerzlokalisierung beschreiben:

Sind die Schmerzen veränderlich? Wenn ja wie:

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

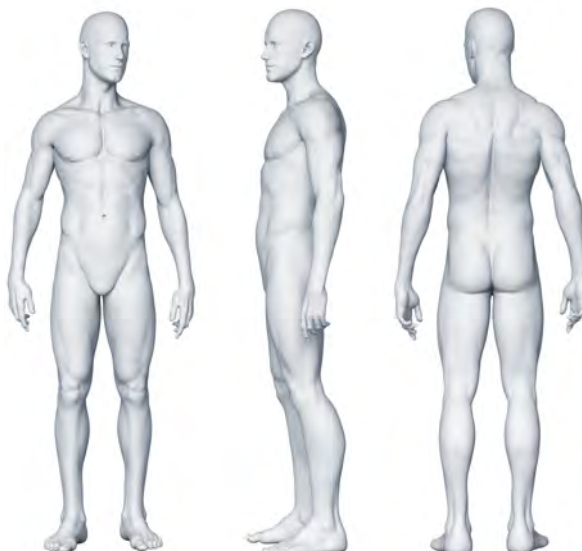
3. Sind Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV) bekannt? Wenn ja, welche?

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

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:



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 nein 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?

Unterleibserkrankungen: Männer

Prostata (Beschwerden, Operationen):
Hodenentzündung:

g) Knochen/Gelenke:

6. Geschlechtskrankheiten/bekannte Infektionskrankheiten:

.....

7. Erbliche Belastung:

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

.....

9. Kinderkrankheiten:

10. Impfungen:.....

11. Allergien/ Unverträglichkeiten:.....

12. Schlafstörungen: nein ja Einschlafstörung Durchschlafstörung

Nikotin: **Alkohol:**

Sport: täglich wöchentlich selten nie

Übersicht über bereits vorhandene Laborwerte und Untersuchungen:

Welche Laborwerte und Untersuchungen liegen Ihnen bereits vor?

Hormonwerte (prämenopausal vom 19. Zyklustag) vorhanden: ja nein

Internistische Laborwerte (nicht älter als 3 Monate) vorhanden: ja nein

Wünsche für eine BE:

EKG: ja nein

SO2 Sättigung: % , Puls min

Hormonfragebogen: ja nein

Ultraschall:

Brust: ja nein

Uterus: ja nein

Prostata: ja nein

Schilddrüse: ja nein

Krebsvorsorge: Sind Sie in regelmäßiger Untersuchung? Wann zuletzt?

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

13. Derzeitige Medikamente einschließlich sog. Nahrungsergänzungsmittel:

(bitte in aktueller Dosierung eintragen)

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

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