

AUFNAHMEBOGEN (Check List)

(bitte alle Seiten unbedingt vorher einsenden oder faxen an 089-54329907)
(Be sure to send or fax all pages to +49-89-54329907)

Name (family name):..... Vorname (first name):.....

Geb.-Datum. (birth date):

Straße (street) :..... PLZ (zip code/post code):.....

Wohnort (residence):.....

Tel privat (private tel.) : Tel geschäftl. (business tel.) :.....

Fax privat (private fax):

Handy (cell phone):

Email:.....

Versicherungsgesellschaft: (company of health insurance)

Homöopathische Behandlung versichert? (insurance for homeopathy treatment?):

ja (yes) nein (no)

Akupunkturbehandlung versichert? (health insurance for acupuncture?):

ja (yes) nein (no)

Wie haben Sie von uns erfahren? (How did you know about us?)

Freund/in oder Bekannte (friends or acquaintances) : Name (name):-

Kollegen/in (colleagues): Name (name):_____

Flyer (flyer):

Anzeigen (advertisements) :

Medizinische Informationsmaterialien (medical information material):

→ 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 Aufbissschiene!

→ For the first appointment, be sure to show all of your medications, and tell us how you regularly begin/stop the administration, and the effects of the medication. And-if existing- also show us your bite-guard splint.

1. Was sind Ihre jetzigen Beschwerden und seit wann haben Sie diese?
(What's your present problem and when did you get it?)

2. Welche früheren schwere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Verletzungen haben Sie durchgemacht? (bitte mit Datum angeben). /Have you ever got serious diseases, operations, accidents or injuries? And when did they happen? (Please provide your exact dates)

Sind von diesen Operationen Narben oder Fremdkörper zurückgeblieben? Wenn ja, wo?
(Are there any operation-scars or transplanted materials in your body? If so, where?)

3.) Zähne (teeth) :

Letzter Zahnarztbesuch (the last visit of dentist):

behandelnder Zahnarzt (name of your dentists):.....

Zahnfüllungsmaterial heute(present toothfilling-material):

Tote Zähne (decay teeth) ja (yes) nein (no)

Haben Sie eine Aufbisschiene oder haben Sie mal eine solche gehabt? (Do you have a bite-guard splint or have ever one before?) ja (yes) nein (no)

Haben Sie Amalgam? (Do you have amalgam carrier?) ja (yes) nein, es wurde entfernt (No, yet it happened long time ago) nein, habe ich nie gehabt (No, I have never had it before.)

Wann ist das Amalgam herausgenommen worden? (When was the amalgam removed?)

.....

Duale Medizin GmbH, Dachauer Str. 9, 80335 München
T:089-51 61 89 10, F: 089-54 32 99 07, E: info@duale-medizin.de, www.duale-medizin.de

Ist eine Schwermetallausleitung gemacht worden? (Have you ever received the treatment of heavy metal detoxification?) Ja (yes) nein (no)

Wie bzw. mit welcher Substanz? (How it was done or with what kind of substance?)

.....
Wurzelbehandelte Zähne (Have you ever received teeth-root treatment?):

Weisheitszähne noch vorhanden (Wisdom teeth still exist): ja (yes) nein (no)

4. Chronische Erkrankungen und/oder Beschwerden (chronic diseases or complaints):

a) Im Bereich des Kopfes (head region):

Augen (eyes):

Ohren (ears):

Kieferhöhlen (jaw cavity):

Mandeln(tonsil):

b) Im Bereich der Verdauungsorgane (digestive system):

Leber (liver):

Galle (gallbladder):

Magen (stomach):

(Pankreas) Bauchspeicheldrüse(pancreas):

Darm (small and large intestines):

Verdauungsstörungen (digestive problems):

Blähungen (abdominal distension): ja (yes) nein (no)

Stuhlgang wie oft? (how often is the defecation?)

Konsistenz (consistence):

c) Niere / Blase (kidney/bladder):

d) Herz (heart): Lunge (lung):

e) Schilddrüse (thyroid):

f) Unterleibserkrankungen (abdominal disorders) :

Frauen (female) : Geburten (birth) _____ Fehlgeburten (abortion)_____

Operationen (operation) : (Ausschabungen/womb scrape, Polypen/adenoids, ...)

Eierstöcke (ovary): (Entzündungen/inflammation, Operationen/operations, Zysten/cysts, ...):

Antibabypille (birth control pills): ja (yes) O, welche (which one)?

nein (no) O, welche Art der Verhütung dann? (which doctor helps you to control?)

.....

Vorhandene Periode (menstruation period): ja (yes) nein (no)

Zykluslänge (length of cycle): Tage (days)

Menopause (menopause) ja (yes) O , seit (since) :.....

Hitzewallungen (heat waves) : ja (yes) nein (no)

Nachtschweiß (night sweating): ja (yes) nein (no)

Vergesslichkeit (forgetfulness): ja (yes) nein (no)

Vaginale Trockenheit (vaginal dryness) : ja (yes) nein (no)

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

(Have you ever taken or are you taking any hormone?)

ja (yes) Welche? (which one?): nein (no)

Männer (male) : Prostata/prostate (Beschwerden/complaints, Operationen/operation)

Hodenentzündung (inflammation of the testes):

g) Knochen / Gelenke (bones/joints):

4. Geschlechtskrankheiten (sexually transmitted diseases):

5. Erbliche Belastung (risks of inheritable diseases):

6. Stoffwechselerkrankung (metabolic diseases) : (Diabetes/diabetes, Gicht/gout, Schuppenflechte/psoriasis...)

7. Kinderkrankheiten (childhood illnesses):

8. Impfungen (injection):

9. Allergien (allergies) / Unverträglichkeiten (idiopathic environmental intolerances):

10. Schlafstörungen (insomnia): ja (yes) nein (no)

Wenn ja (If so): Einschlafstörung (fall asleep) Durchschlafstörung (during sleeping)

Duale Medizin GmbH, Dachauer Str. 9, 80335 München
T:089-51 61 89 10, F: 089-54 32 99 07, E: info@duale-medizin.de, www.duale-medizin.de

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

Current medications: (please fill in the recent dosing)

-
-
-
-
-

Nikotin (nicotin):

Alkohol (alcohol):

12. Untersuchungen (medical examinations): wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht - welche Werte waren verändert (When was your most recent medical examination? What kind of test did you receive? Which index was changed?):

EEG:

Röntgen (X-ray examination):

Labor (laboratory tests):

Sonstiges (others):

13. Krebsvorsorge (cancer check-up): Sind Sie in regelmäßiger Untersuchung? Wann Zuletzt ? (Do you regularly receive such examination? When was the last one?)

14. Bei Schmerzen bitte Schmerzverlauf oder Schmerzlokalisation beschreiben (For any pain, please write down the exact location or how it was developed):
Sind die Schmerzen veränderlich? (Are there any changes of the pain?)

Wenn ja, wie? (If so, how?):

Wichtig: Folgende Untersuchung ermöglicht uns eine erste Beurteilung der Schilddrüsensituation, was oft bereits beim ersten Termin wichtig ist: (Important: the following test is necessary for us to get the first evaluation of your thyroid state, which should be done by yourself before the first appointment.)

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.

(Please measure your body temperature for successive 3 days every morning **before** getting up by putting the thermometer, preferably a mercury one, in your armpit.)

(Dieser Test ist nicht gültig für Frauen, die die Anti-Baby-Pille nehmen, da diese die Temperatur erhöht/ Such test is invalid for women who are taking anti-baby-pills. in this case their body temperature will increase accordingly).

(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!/ Notice : a digital thermometer often automatically switch off too fast when it was still left in the armpit, consequently the exact time for the measurement is too short.)

Tag 1 (first day):.....°C Tag 2 (second day):.....°C Tag 3 (third day):.....°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.

(Please be sure that you make the first appointment with us for 1-1.5 hours. If you want to cancel the appointment, be sure to let us know at least 24 hours in advance, otherwise we have to charge for the full appointment privately).

Wir freuen uns auf Sie!/We are looking forward to your visit!

Ihr Praxisteam/Yours praxisteam