OLGA BECKMANN

PRIVATARZTPRAXIS
Integrative Medizin

AUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen! Zur Vorbereitung auf Ihren Ersttermin bitten wir Sie um einige Angaben. Sie können diesen Bogen auf Ihrer Festplatte speichern und direkt am Computer ausfüllen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Aufnahmebogen vorab per E-Mail, Fax oder Post zu. Wir danken Ihnen herzlich und freuen uns auf Ihren Besuch!

Persönliche Angaben

Nachname

Telefon (tagsüber)

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

aktuelle berufliche Tätigkeit

PLZ, Wohnort

Krankenversicherung

E-Mail

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Website

Social Media

Presse, Medien

Google-Suche

Bewertungsseite

Persönliche Empfehlung durch

Sonstiges, und zwar

Beruf (Beschreiben Sie bitte, wie Ihre Arbeitssituation ist, nicht nur z. B. „Kaufmann", d. h.: viel sitzende Tätigkeit, schwere körperliche Tätigkeit, extreme geistige Anspannung etc.. Gibt es möglicherweise Schadstoffbelastungen zu Hause oder im Berufsleben?)

Wie sind Ihre Lebensverhältnisse (allein stehend, verheiratet, wie viele Kinder; bei Kindern: Geschwister?):

Krankengeschichte vom (Datum):

Was sind Ihre jetzigen Beschwerden?
1. *Hauptbeschwerden:* (Wann sind sie aufgetreten? Vermuten Sie einen Zusammenhang mit einem Auslöser?)

2. *Nebenbeschwerden:*

Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdelokalisation (z. B. Lokalisation eines Ekzems) in das Schema ein:

Wie ist der **Schmerzcharakter**? (z. B. stechend, dumpf, etc.)

Sind die Schmerzen oder andere Beschwerden veränderlich? Wenn ja, wie:

	kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung	○	○	○
Sitzen	○	○	○
Stehen	○	○	○
Liegen	○	○	○
Morgens	○	○	○
Abends	○	○	○
Nachts	○	○	○

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen in eine Skala von -10 bis +10 einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa? Machen Sie spontan ein Kreuz auf der Skala.

Im schlimmsten Fall:

stärkste vorstellbare Beschwerden	neutrales seelisches Befinden	maximales seelisches Wohlbefinden
-10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 10

Im besten Fall:

stärkste vorstellbare Beschwerden	neutrales seelisches Befinden	maximales seelisches Wohlbefinden
-10 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	0 ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 10

Welche **Fachärzte** oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?

Untersuchungen: Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht, Ergebnis? Welche Werte waren verändert? Bitte bringen Sie Befunde und Röntgenaufnahmen mit, soweit vorhanden.

Röntgen:

MRT/CT:

Labor:

EEG/EKG:

Magen-/Darmspiegelung:

Welche **Therapieverfahren** wurden bereits angewandt, und mit welchem Erfolg?

☐ **Kinderkrankheiten:** (Datum)

☐ **Impfungen:** (Datum)

☐ **Frühere Operationen,** wann: (bitte mit Datum angeben)

Sind von diesen Operationen Fremdkörper zurückgeblieben? Wenn ja, wo?

Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden:

1. Haut:

2. Allergien/Unverträglichkeiten:

3. Kopf/Hals:

Augen:

Ohren:

Nasennebenhöhlen:

Mandeln:

Polypen:

Schilddrüse:

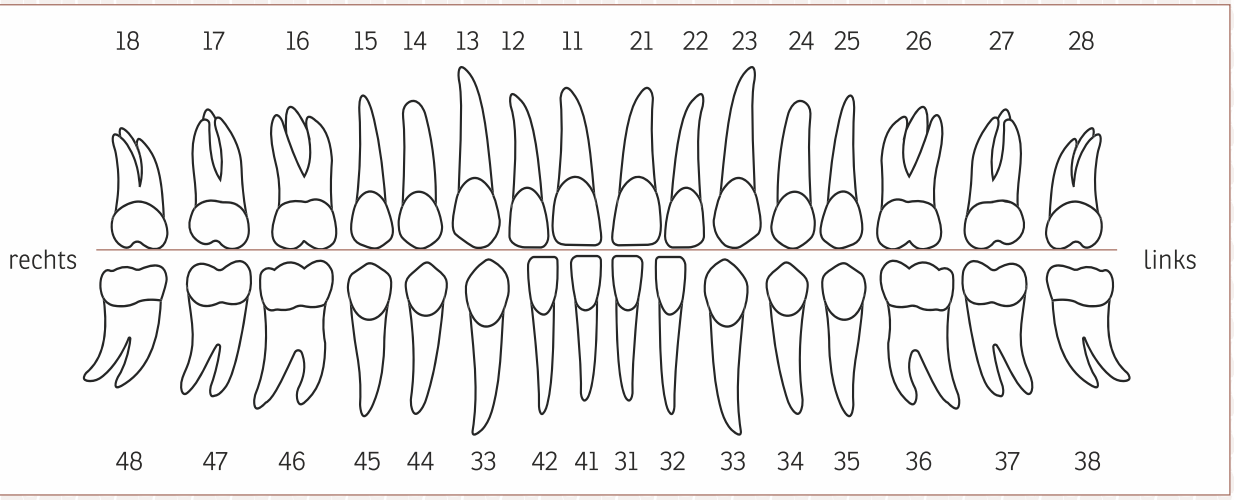
Zähne: Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die untenstehendene Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können (blicken Sie in den Spiegel) oder bitten Sie Ihren Zahnarzt um Mithilfe.
Art des Zahnersatzes: Inlay/Onlay **(O)**, Krone **(K)**, Brücke **(B)**, Implantat **(I)**; tote, wurzelbehandelte Zähne **(W)**; **fehlende Zähne ausstreichen**
Zahnersatzmaterial: Amalgam **(A)**, Kunststoff **(P)**, Gold **(G)**, Keramik **(C)**

Amalgam entfernt? Wann?

Ausschwemmbehandlung? Womit?

Letzter Zahnarztbesuch?

Gibt es eine Panoramaaufnahme neueren Datums? Bringen Sie diese bitte möglichst mit.



4. Herz/Kreislauf:

Blutdruck:

5. Lunge:

6. Verdauungsorgane:

Leber:

Galle:

Magen:

Bauchspeicheldrüse:

Verdauung/Darm:

Blähungen:

Stuhlgang wie oft:

Konsistenz:

7. Niere/Blase:

Inkontinenz beim Pressen, Husten:

8. Weibliche Geschlechtsorgane/Zyklus:

Zykluslänge (z. B. 28 Tage):

Menstruation, Dauer (z. B. 5 Tage):

Beschwerden:

Pille:

Menopause seit wann:

Beschwerden:

Hormonersatz:

Koitusbeschwerden:

Geburten/Daten:

Dammschnitt(e):

Kaiserschnitt:

Fehlgeburten:

Eierstöcke (Enzündungen, Zysten):

Operationen (Ausschabungen, Polypen):

9. Männliche Geschlechtsorgane:

Prostata (Beschwerden, Operationen):

Hodenentzündung:

Erektionsfähigkeit:

10. Geschlechtskrankheiten:

11. Krebsvorsorge:
Wann haben Sie die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung gemacht?

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihnen eine regelmäßgie nicht invasive Krebsvorsorge empfohlen wird (Frauen ab 30 Jahen, Männer ab 40 Jahren).

12. Bewegungsapparat: Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche, Unfälle, Verletzungen

13. Seelische Erkrankungen (Depressionen o. Ä.), Nervenerkrankungen, Kopfschmerzen:

14. Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes:

Gicht:

Fettstoffwechselstörung:

15. Schlaf:

16. Appetit:

Durst:

Wie ernähren Sie sich?

17. Schweißneigung:

Nachtschweiß:

18. Derzeitige Medikamente:

19. Konsum:

Nikotin:

Alkohol:

Kaffee:

Drogen:

20. Größe: cm **Gewicht: kg**

21. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? Verwandtschaftsgrad?

Tbc: Allergien:

Diabetes: Übergewicht:

Hochdruck: Herzinfarkt:

Schlaganfall: Krebsleiden:

Schilddrüsenerkrankungen: andere:

Möchten Sie sonst noch etwas vermerken?

IHRE GESUNDHEITLICHEN ZIELE

Welche Ziele haben Sie im Hinblick auf Ihre Gesundheit?

Wünschen Sie eine langfristige, regelmäßige Betreuung bzgl. Ihrer Gesundheit nach unseren Empfehlungen?

ja

nein, zunächst nur eine eimalige Behandlung

Möchten Sie unseren Newsletter abonnieren?

ja

nein

Welche Farben machen einen beruhigenden Eindruck auf Sie?

Bei welcher Musik fühlen Sie sich entspannt, geborgen und glücklich?

Wir danken für Ihre freundliche Mitarbeit und werden persönlich nochmal alles mit Ihnen durchgehen.