



## Patientenaufnahme:

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Grund des Besuchs: \_\_\_\_\_

Schmerzen, wenn ja wo? \_\_\_\_\_

Seit wann? Ggf. Auslöser \_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkungen? Welche? \_\_\_\_\_

Welche Diagnostik wurde in den letzten 6 Mon. gemacht? (Labor, Sono, Röntgen, MRT,...) \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?** Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Wenn ja, welche: (z. B.: Macumar, ASS, Insulin, L-Thyroxin, etc.)

**Haben Sie irgendwelche Vorerkrankungen?** Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Wenn ja, welche: (z. B.: Diabetes Mellitus, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Asthma, etc.)

**Litten Sie in der Vergangenheit an folgenden Erkrankungen?**

Schlaganfall: Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Tumor: (Art des Tumors) Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Thrombose/Embolie: Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Herzinfarkt: Ja: \_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_

Durchblutungsstörungen: Ja: \_\_\_\_ welche: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_\_



Neurologische Erkrankung: Ja: \_\_\_ welche: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_

Psychologische Erkrankung: Ja: \_\_\_ welche: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_

Fettstoffwechsel Erkrankung: Ja: \_\_\_ welche: \_\_\_\_\_ Nein: \_\_\_

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien/ Unverträglichkeiten?** Ja: \_\_\_ Nein: \_\_\_

Wenn ja, welche: (z.B.: Heuschnupfen, Neurodermitis, best. Nahrungsmittel, Kosmetika, Medikamente, etc.)

**Sind Sie Bluter(in)?** Ja: \_\_\_ Nein: \_\_\_

**Ihre bisherigen Operationen:** Jahr: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Herzschrittmacher:** Ja: \_\_\_ Nein: \_\_\_

**Leiden Sie unter chronischen Infektionskrankheiten?** Ja: \_\_\_ Nein: \_\_\_

Wenn ja, welche: (z.B.: HIV, Hep, Tbc, etc.)

**Blutgruppe (soweit bekannt):**

**Rauchen Sie?** Ja: \_\_\_ Nein: \_\_\_

**Gibt es einen wichtigen Punkt, den Sie mir noch mitteilen möchten?**

Bitte füllen Sie alle genannten Fragen wahrheitsgetreu aus. Die Antworten werden natürlich absolut vertraulich behandelt, und dienen einzig alleine zur bestmöglichen Behandlung Ihrer Problematik.

Bei eventuellen Fragen wenden Sie sich gerne an mich.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift Patient