

# Aufnahmebogen:

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

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

Bei Kindern unter 18 J.  
Namen der Eltern: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Zu welchen Tageszeiten sind Sie telefonisch i.d.R. gut erreichbar? Welche Nummer?

Zeiten: \_\_\_\_\_

Tel. / Fax: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt (mit Praxisort): \_\_\_\_\_

## Krankenkasse:

Gesetzlich:  Privat:  Zusatz:  (bitte ankreuzen)

Tarif: \_\_\_\_\_ Tarif: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Medikamente (auch Vitamine,  
Mineralstoffe und Hormone  
Pille etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chronische Krankheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gründe Ihres heutigen Besuchs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten / Allergien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operationen:  
Welche? Wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tätigkeit / Beruf:  
(derzeit oder früher)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontakt zu Giften:(Spritzmittel,  
Metalle, Dämpfe, Abgase,  
Amalgamfüllungen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Verletzungen / Unfälle:  
Narben (auch kleinere)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psychische Belastungen:  
(derzeit oder früher)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schwere Infektionskrankheiten:  
(derzeit oder früher)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Impfungen:  
Welche? Wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Längere Auslandsaufenthalte:

\_\_\_\_\_

Wann? Wo?

\_\_\_\_\_

Folgendes bitte ankreuzen:

Haben Sie evtl. Interesse  
an Seminaren und Vortragsreihen?

Ja

Nein

Info nur per Post ( nicht per Mail )

Ja

Nein

Wie wurden Sie zuerst auf uns aufmerksam?

Empfehlung

Internet

Gelbe Seiten

Telefonbuch

andere

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_