

# 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:       Privatversicherung.:       Zusatzversicherung:

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

Name der Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie die Rückseite

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? \_\_\_\_\_

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

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