



PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Name:

Nachname

Vorname

Wie soll ich Sie nennen?

Anschrift:

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Bevorzugtes
Kontaktnummer?

Ein Nachricht darf
hinterlassen
werden?

Telefon:

Ja
 Nein

Ja
 Nein

Handy:

Ja
 Nein

Ja
 Nein

E-Mail:

Ich möchte gelegentlich Nachrichten über integrative chinesische Medizin oder diese Praxis per Email bekommen. Ich kann jederzeit diese Emails kündigen.

Geburtsdatum:

Geschlecht
/ Gender:

Bevorzugtes
Personalpronomen:

Größe:

Gewicht:

Beruf:

VERSICHERUNG

Gesetzliche Versicherung/Selbst Bezahlung:

Bitte beachten Sie, dass gesetzliche Versicherung in der Regel nicht für Betreuung eines Heilpraktikers bezahlen wird.

Privat-Versicherung -- Firma:

Privat-Versicherung-Tarif -- Firma:

HAUPTBESCHWERDEN

Symptome/Diagnose – und seit wann?

Was macht es besser?
(Ruhe, Bewegung,
Wärme Kälte,
frische Luft, Essen...)

Was macht es schlechter?
(Stress, Müdigkeit, Hitze,
Kälte, bestimmte
Lebensmittel...)

PERSONLICHE KRANKHEITSVORGESCHICHTE

Krankheit / Symptom/ Diagnose /Chirurgie / Krankenhausaufenthalt

Jahr

Haben Sie Allergien gegen Meeresfrüchte, Nüsse, oder andere Lebensmittel?

Nein Ja Welche:

Passt es Ihnen, wenn es nicht-vegetarische Bestandteile in Ihrer Rezeptur gibt?

Nein Ja

ANGEWOHNHEITEN

Ernährung: Beschreiben Sie Ihre typische Mahlzeiten:

Frühstück:

Mittags:

Abends:

Zwischenmalzeiten:

Bewegung: Beschreiben Sie Ihre typische Bewegungsmenge in einer Woche:

Bitte haken Sie, wenn Sie einen der folgenden Stoffe einnehmen, und beschreiben Sie wie viel/wie oft.

Tabak:

Alkohol:

Freizeitdrogen:

Koffeine:

MEDIKAMENTE UND NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL

Bitte führen Sie Ihre aktuellen Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel auf.

Mittel:

Dosis:

Einnahme:

VERWANDTE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

Hier frage ich nach Krankheiten unter Ihre erstgradigen, leiblichen Verwandten, damit ich Ihr Risiko von wichtigen vererbten Krankheiten besser verstehen kann.

Bitte listen die Verwandten, die Krankheit, und das Alter, in dem sie erkrankt wurde, auf.

Wenn Sie diese Information nicht wissen, können Sie gern diese Felder leer lassen.

Verwandten:	Krankheit:	Alter in dem sie erkrankt wurden:
(Leibliche) Eltern:		

(Leibliche) Geschwister:

(Leibliche) Kinder: