



Dr. med. Lars Albers

PRAXIS FÜR KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

Osteopathie · Kinderosteopathie
angewandte Kinesiologie
Ernährungsberatung · Sportwissenschaft
Naturheilverfahren

AUFNAHMEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie erleichtern uns die Vorarbeit, wenn Sie uns mit diesem Aufnahmebogen vorab die wichtigsten Informationen geben. Sie können in Ruhe überlegen und wir werden dann im persönlichen Gespräch mit Ihnen die Einzelheiten genau besprechen.

Möchten Sie bestimmte persönliche Angaben nicht schriftlich eintragen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

Name:..... Vorname:.....

Geb.Datum:..... Rechnungsempfänger:..... geb.:.....

Wohnort: (PLZ.....)..... Straße:.....

Tel. priv.:...../..... Tel.geschäftl...../.....

Mobitel: Email:

Krankenkasse: Beihilfe.....

Wer hat Ihnen unsere Praxis empfohlen?.....

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)

Treiben Sie **Sport**: (Welchen, wie regelmäßig).....

Welche **Fachärzte, Therapeuten** und oder **Heilpraktiker** haben Sie bereits aufgesucht?

.....
.....
.....

Untersuchungen: Wann war die letzte Untersuchung, was wurde untersucht; Ergebnis? Welche Werte waren verändert? Bitte bringen Sie **Befunde und Röntgen, MRT oder CT Aufnahmen** mit, soweit vorhanden.

Röntgen:

MRT:CT:

Labor:

Magen/Darmspiegelung:.....

Welche **Therapien/ Behandlungen** (z.B. Physiotherapie) wurden bereits angewandt, und mit welchem Erfolg?

.....
.....

Impfungen (Datum) :

.....

Operationen (Datum)

.....

Sind von diesen Operationen **Fremdkörper** zurück geblieben? Wenn ja, wo?

.....

Haben sie sonstige **Narben** am Körper?

.....

Erkrankungen/ Beschwerden:

1. **Haut:**

2. **Allergien:**

3. **Kopf/Hals** (Augen, Ohren, Nasennebenhöhlen, Mandeln, „Polypen“, Schilddrüse):

.....

.....

Zähne: Bitte zeichnen Sie, soweit Sie können, in die unten stehende Abbildung die Angaben ein, die Sie selbst machen können (blicken Sie in den Spiegel) oder bitten 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?evtl. Ausschwemmbehandlung womit?.....

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

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
rechts															links
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4. Herz/Kreislauf/Lunge:.....
.....**Blutdruck**.....

6. Verdauungsorgane:

Leber/Galle/Magen/Bauchspeicheldrüse:
Verdauung/Darm:.....
Stuhlgang wie oft:Konsistenz:Essen sie sehr schnell/kauen wenig?.....
Blähungen/Blähbauch:Essen sie viel (Weißmehlprodukten/Süßes).....
Unverträglichkeiten welche? Wurden diese getestet?

7. Niere/Blase: Inkontinenz beim Pressen, Husten:

8. Weibliche Geschlechtorgane/Zyklus:

Zykluslänge (z.B. 28 Tage):Menstruation, Dauer (z.B. 5 Tage)Beschwerden
Kontrazeption („Pille“, Spirale): Menopause seit wann:Beschwerden:
Geburten: Daten..... Dammschnitt(e):.....Kaiserschnitt:.....
Eierstöcke (Entzündungen, Zysten): Operationen (Ausschabungen):

9. Männliche Geschlechtsorgane:

Prostata (Beschwerden, Operationen):

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

13. Seelische Erkrankungen (Depressionen, Burn Out), Kopfschmerzen:

14. Stoffwechselerkrankungen: Diabetes:.....Gicht:Fettstoffwechselstörung:

15. Schlaf: (Wie viel Stunden).....

16. Wieviel trinken sie am Tag: (ohne Kaffee/Alkohol)

Wie ernähren Sie sich?

Wie oft essen Sie **Fleisch** in der Woche und welches Fleisch?

18. Medikamente:

19. Nikotin: Alkohol: Kaffee:

Danke , wir freuen uns auf den Termin mit Ihnen