

Praxis für Osteopathie

Rainer Hoch

Heilpraktiker

Osterstraße 58 • »Haus der Zukunft« • 20259 Hamburg
Tel.: 040/43270527 • Fax: 040/36 11 17 55 • www.osteopathie-hoch.de

Rainer Hoch • Osterstraße 58 • 20259 Hamburg

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.

Sollten Sie irgendwelche persönlichen Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

NAME: VORNAME:

Geb. Datum: Versicherter/Eltern: geb.:

Wohnort: PLZ..... Straße:

Tel. priv.: Tel. geschäftl.....

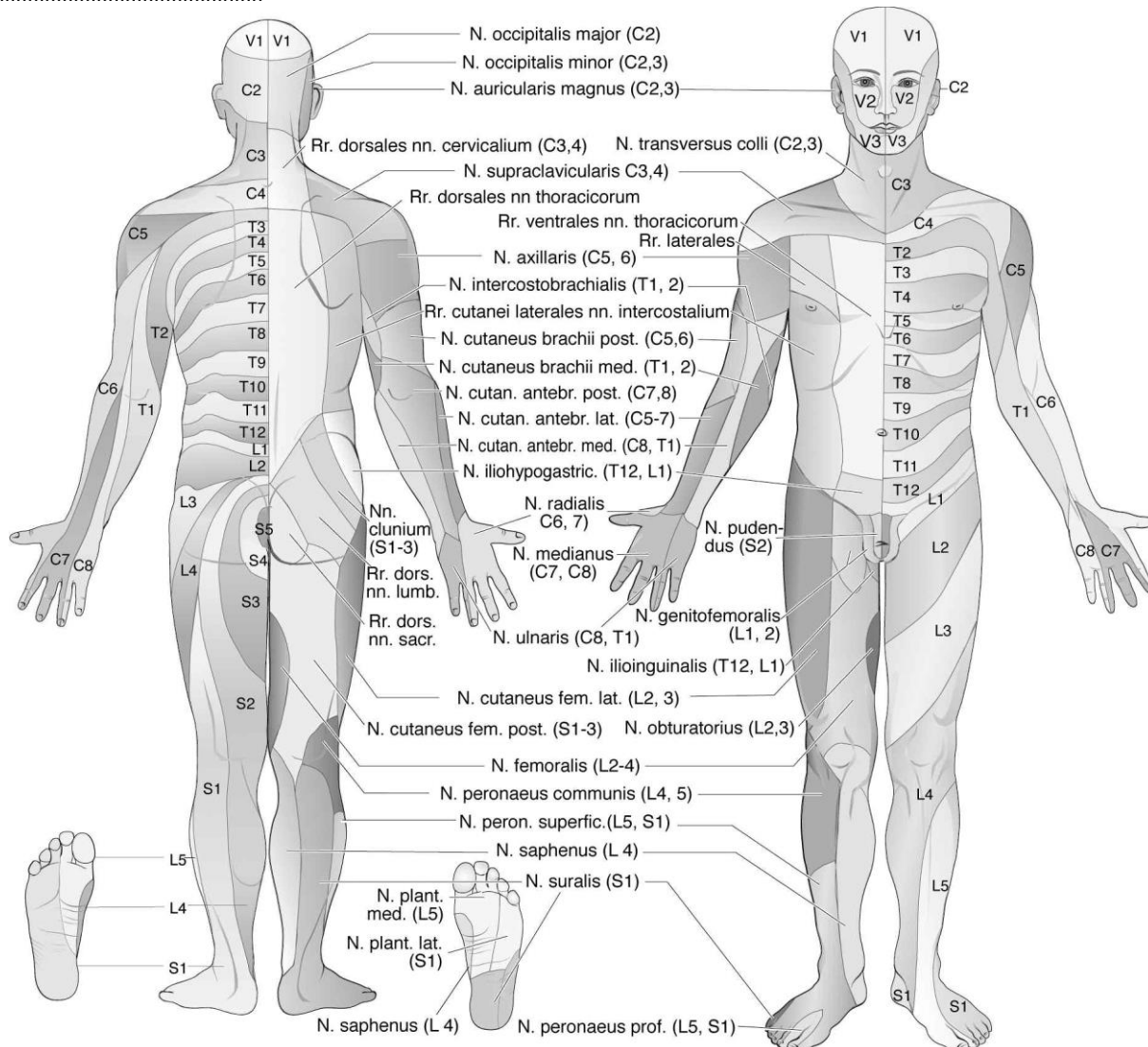
Mobitel..... Email:

Versicherung : 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, bei Kindern: Geschwister?).....



Krankengeschichte vom (Datum)

Was sind Ihre **jetzigen Beschwerden**?

Hauptbeschwerde (Wann sind sie aufgetreten? Vermuten Sie einen Zusammenhang mit einem Auslöser?):

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

Nebenbeschwerden:

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

Zeichnen Sie bitte die Schmerz- bzw. Beschwerdelokalisation(z.B. Lokalisation eines Ekzems) in das oben stehende Schema ein.

Wie ist der **Schmerzcharakter**? (z.B. stechend, dumpf, etc.):.....

Sind die Schmerzen oder andere Beschwerden veränderlich ? Wenn ja wie:

	kein Effekt	besser	schlechter
Bewegung
Sitzen
Stehen
Liegen
Nachts
Morgens
Abends

Wenn Sie Ihre Beschwerden und Schmerzen in eine Skala von - 10 bis + 10 einteilen sollen, wie stark sind Ihre Beschwerden etwa? Machen Sie spontan ein Kreuz auf die Skala.

Im schlimmsten Fall:

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden
-10 ----- 0 ----- +10

im besten Fall

Stärkste vorstellbare Beschwerden neutrales seelisches Befinden maximales seelisches Wohlbefinden
-10 ----- 0 ----- +10

Welche **Fachärzte** oder auch Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?.....

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

Röntgen:

MRT:..... CT:.....

Labor:.....

EEG/EKG:.....

Magen/Darmspiegelung:.....

Welche **Therapieverfahren** wurden bereits angewandt, und mit welchem Erfolg?

.....
.....

Kinderkrankheiten (Datum):

Impfungen (Datum):

Frühere Operationen, wann (bitte mit Datum angeben).....

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

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

Frühere Erkrankungen, chronische Erkrankungen und Beschwerden:

1. Haut:

2. Allergien/Unverträglichkeiten:

3. Kopf/Hals:

Augen: **Ohren:**..... **Nasennebenhöhlen:**

Mandeln: „Polypen“:.....

Schilddrüse: Medikamente:

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**

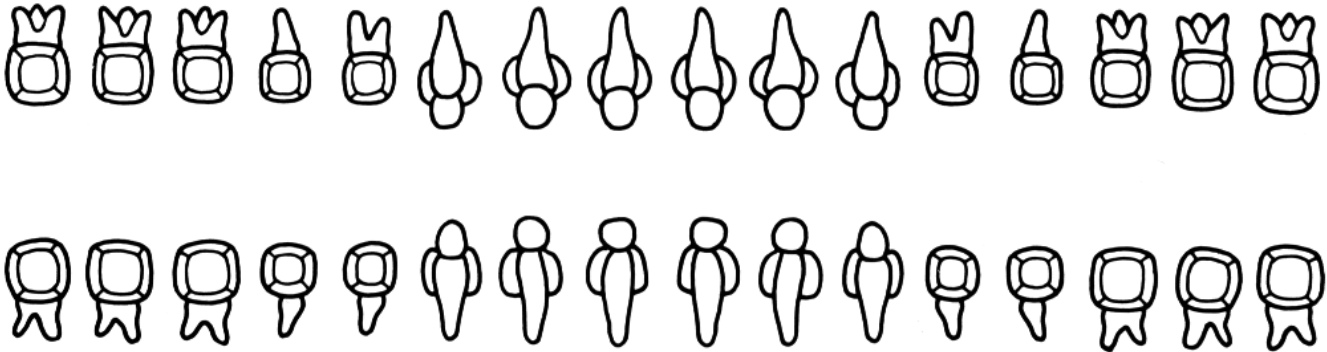
Zahnersatzmaterial: Amalgam (**A**), Kunststoff (**P**), Gold (**G**), Keramik (**C**)

Amalgam entfernt? Wann? Ausschwemmbehandlung?..... womit?.....

Letzter Zahnarztbesuch Gibt es eine Panoramaaufnahme neueren Datums?

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38



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

5. Lunge:

6. Verdauungsorgane:

Leber: Galle: Magen:

Bauchspeicheldrüse: Verdauung/Darm:

Blähungen: Stuhlgang wie oft: Konsistenz:

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

8. Weibliche Geschlechtsorgane/Zyklus:

Zykluslänge (z.B. 28 Tage): Menstruation, Dauer (z.B. 5 Tage) Beschwerden

„Pille“: Menopause seit wann: Beschwerden:

Hormonersatz: Koitusbeschwerden:

Geburten: Daten...../...../...../...../...../..... Dammschnitt(e):..... Kaiserschnitt:.....

Fehlgeburten: Eierstöcke (Entzündungen, Zysten):

Operationen (Ausschabungen, Polypen):

9. Männliche Geschlechtsorgane:

Prostata (Beschwerden, Operationen): Hodenentzündung:

Erektionsfähigkeit:

10. Geschlechtskrankheiten:

11. Krebsvorsorge: Wann haben Sie die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung gemacht?

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass Ihnen eine regelmäßige nicht invasive Krebsvorsorge empfohlen wird (Frauen ab 30 J., Männer ab 40 J.)

12. Bewegungsapparat: Muskeln, Gelenke, Knochenbrüche, **Unfälle**, Verletzungen

13. Seelische Erkrankungen (Depressionen o.Ä.), Nervenerkrankungen, Kopfschmerzen:

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

15. Schlaf:

16. Appetit: **Durst:**

Wie ernähren Sie sich?

17. Schweißneigung: Nachtschweiß:.....

18. Derzeitige Medikamente:

.....

19. Nikotin: Alkohol: Kaffee:.....

20.Größe:.....cm; Gewicht.....Kg

21. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt? Verwandtschaftsgrad?

Tbc: Allergien:..... Diabetes:.....

Übergewicht:Hochdruck: Herzinfarkt:

Schlaganfall: Krebsleiden: Schilddrüsenerkrankungen:.....

andere:

Möchten Sie sonst noch etwas vermerken?

Wir danken für Ihre freundliche Mitarbeit und werden persönlich alles noch einmal genau mit Ihnen durchgehen.