

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!

Ich möchte Sie bitten, diesen Aufnahmebogen soweit Sie mögen auszufüllen und zu unserem ersten Behandlungstermin mitzubringen. Dies erleichtert die Befundaufnahme, und speziell bei chronischen Erkrankungen können wir sicher gehen, keine möglichen Ursachen zu übersehen.

Sie haben so die Möglichkeit, in aller Ruhe zu überlegen und ich werde 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:

Wohnort: PLZ: Straße:

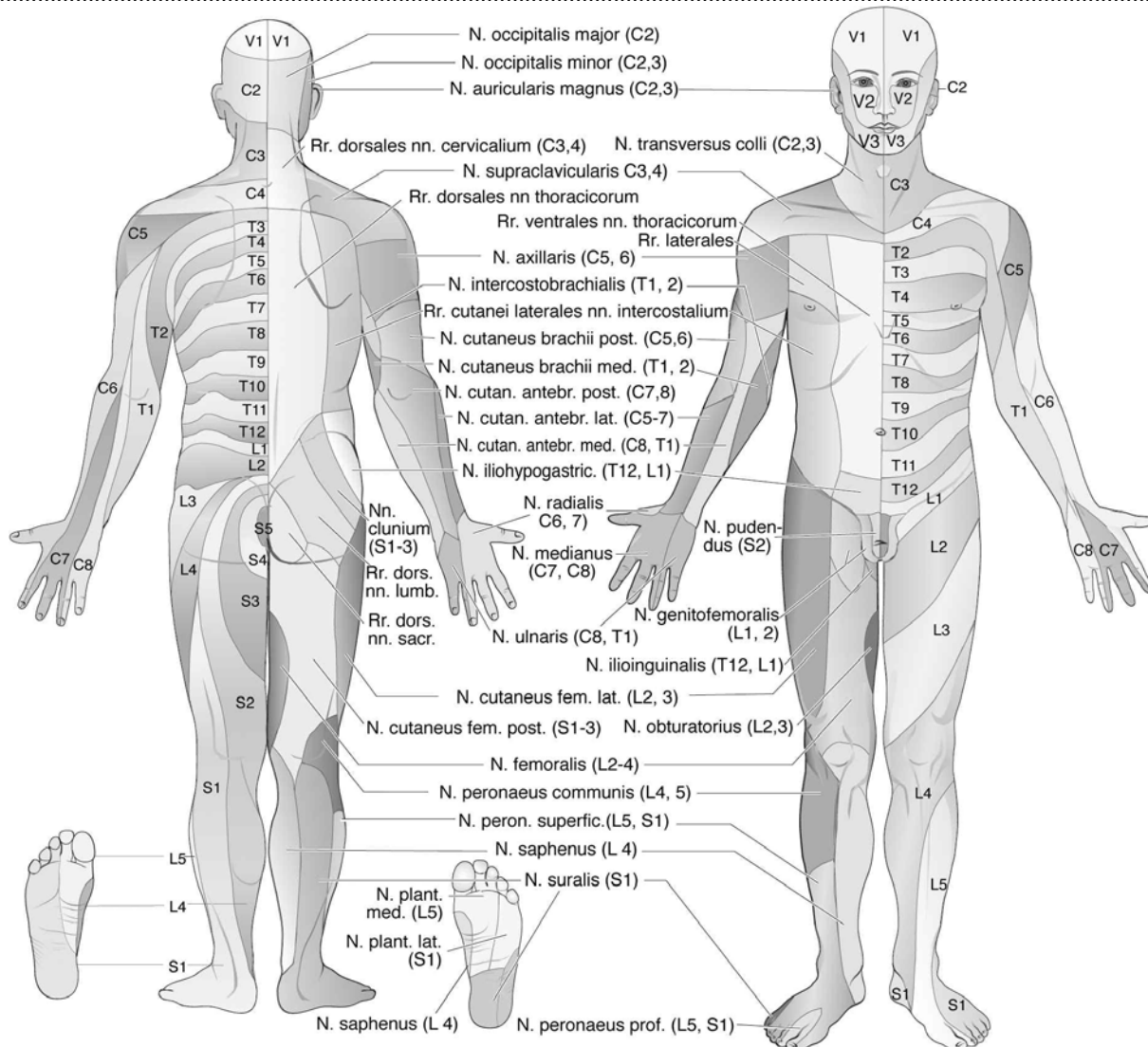
Tel. priv.: Tel. geschäftl.:

Mob.: Email:

Versicherung : Wer hat Ihnen die Praxis empfohlen?.....

Beruf (beschreiben Sie bitte kurz Ihre Arbeitssituation ist. Gibt es möglicherweise Schadstoffbelastungen zu Hause oder im Berufsleben?).....

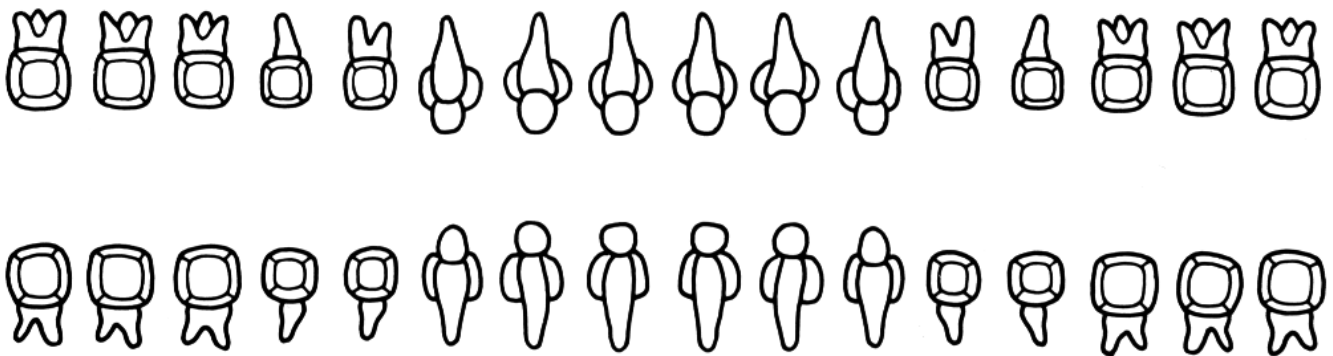
Wie sind Ihre Lebensverhältnisse (allein stehend, verheiratet, wie viele Kinder, bei Kindern: Geschwister?).....



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
Art des Zahnersatzes: Inlay/Onlay (**O**), Krone (**K**), Brücke (**B**), Implantat (**I**); **Ärztliche behandelte Z**
fehlende Zähne **ausstreichen**
Zahnersatzmaterial: Amalgam (**A**), Kunststoff (**P**), Gold (**G**), Keramik (**C**)
Amalgam entfernt? Wann?
Ausschwemmbehandlung? womit?
Letzter Zahnarztbesuch
Behandelnder Zahnarzt:

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:

1.

2.

3.

4.

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 ergänzen?

Ich danke Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen und werde persönlich alles noch einmal genau mit Ihnen durchgehen.