

Aufnahmebogen

Ein zeitaufwändiges Vorgehen ist oftmals das Ausfüllen des Anamnesebogens. Dieser ist Bestandteil der ersten Behandlung. Um die Therapie speziell und auf Sie zugeschnitten ausrichten zu können, benötigen wir folgende Informationen von Ihnen. Wir bitten Sie diesen Aufnahmebogen möglichst vollständig und evtl. ergänzend auszufüllen. Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht an unbeteiligte Dritte weitergegeben.

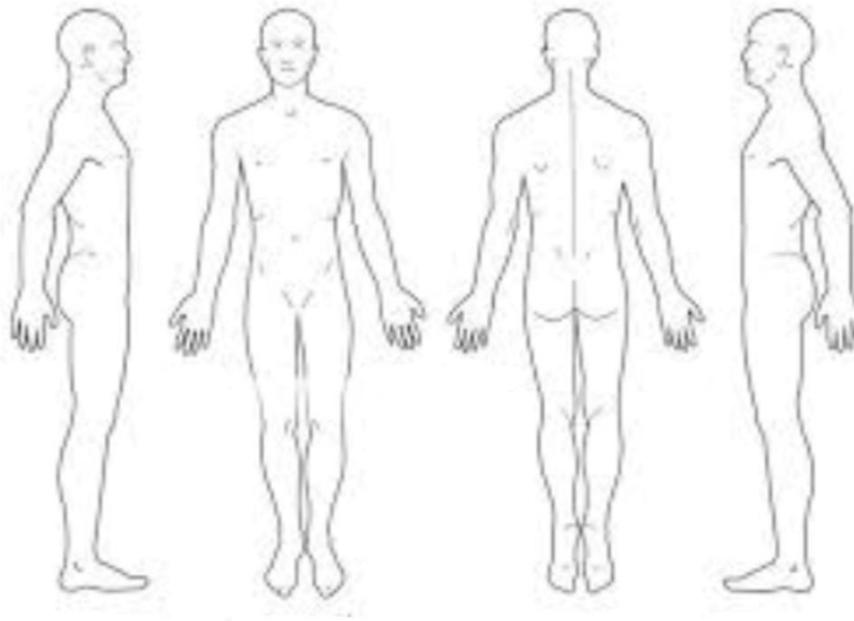
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	PLZ, Ort
Telefonnummer	Beruf
Gewicht und Größe	Diagnose

<p>Unter welchen Beschwerden leiden Sie?</p> <p><input type="radio"/> Schmerzen</p> <p><input type="radio"/> Muskelschwäche</p> <p><input type="radio"/> Taubheit</p> <p><input type="radio"/> Schwäche</p> <p><input type="radio"/> Übergewicht</p> <p><input type="radio"/> Antriebslosigkeit</p> <p><input type="radio"/> Stress</p>	<p>Wenn Sie unter Schmerzen leiden, wann treten diese auf?</p> <p><input type="radio"/> Morgens</p> <p><input type="radio"/> Mittags</p> <p><input type="radio"/> Abends</p> <p><input type="radio"/> Nachts</p> <p><input type="radio"/> unter Belastung</p> <p><input type="radio"/> in Ruhe</p> <p><input type="radio"/> Dauerschmerz mit leichten Schwankungen</p> <p><input type="radio"/> Dauerschmerz mit Attacken</p>
<p>Seit wann haben Sie die Beschwerden?</p>	<p>Wie ist Ihr Schmerz entstanden? z.B. <i>plötzlich, schleichend</i></p>

Operationen wo und wann?

<p>Medikamente</p> <p><input type="radio"/> Schmerzmedikamente</p> <p><input type="radio"/> Gichtmittel</p> <p><input type="radio"/> Herzmedikamente</p> <p><input type="radio"/> Blutverdünner z.B. <i>ASS 100, Marcumar</i></p> <p><input type="radio"/> Schilddrüsen Medikamente</p> <p><input type="radio"/> Magen Medikamente</p> <p><input type="radio"/> Blutdruckmedikamente</p> <p><input type="radio"/> Anti Allergie Medikamente z.B. <i>Spray, Tropfen</i></p> <p><input type="radio"/> Psychopharmaka</p> <p><input type="radio"/> Entzündungshemmer</p> <p><input type="radio"/> Antiepileptika</p> <p><input type="radio"/> Antidepressiva</p> <p><input type="radio"/> Cholesterinsenker</p> <p><input type="radio"/> Sonstige</p>	<p>Allgemeine Angaben</p> <p><input type="radio"/> Schwangerschaft</p> <p><input type="radio"/> Raucher</p> <p><input type="radio"/> Athrose</p> <p><input type="radio"/> Brüche</p> <p><input type="radio"/> Metall im Körper</p> <p><input type="radio"/> Bluthochdruck</p> <p><input type="radio"/> Fibromyalgie</p> <p><input type="radio"/> Asthma</p> <p><input type="radio"/> Darmerkrankungen</p> <p><input type="radio"/> Tumorerkrankungen</p> <p><input type="radio"/> Rheuma</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges</p>
---	--

Zeichnen Sie bitte den Ort Ihrer Beschwerden ein



<p>Wie fühlt es sich an?</p> <p><input type="radio"/> brennend <input type="radio"/> stechend <input type="radio"/> dumpf <input type="radio"/> ziehend <input type="radio"/> drückend <input type="radio"/> pochend</p>	<p>Können Sie die Beschwerden beeinflussen? Wann werden sie besser bzw. schlechter?</p>
<p>Weitere Informationen über : Allergien, Unfälle, Vorerkrankungen, genetische Dispositionen</p>	
<p>Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung <input type="radio"/> Flyer <input type="radio"/> Homepage <input type="radio"/> Sonstige.....</p>	
<p>Was ist Ihr Ziel?</p>	

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!