



## Aufnahmebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

um Ihre Erkrankungen und gesundheitlichen Risiken möglichst vollständig zu erfahren, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen zu beantworten.

---

Name, Vorname:

Größe[cm]:

Telefonnummer:

Gewicht[kg]:

• Sind an folgenden Organen bislang Erkrankungen festgestellt worden?

Augen            nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Schilddrüse    nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Herz            nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Gefäße         nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Lunge          nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Leber, Galle   nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Magen, Darm   nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Nieren         nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Wirbelsäule   nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Gelenke        nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Diabetes        nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

• Sind ansteckende Erkrankungen bei Ihnen bekannt (z.B. HIV oder Hepatitis)?

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

• Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) chronische Erkrankungen aufgetreten?

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

- Sind bei Ihnen Unverträglichkeiten gegen Medikamente / Kontrastmittel oder Allergien bekannt?

nein  ja, und zwar gegen: \_\_\_\_\_

- Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

- Welche Operationen sind bei Ihnen durchgeführt worden?

1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

- Rauchen Sie? ja  nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja  nein
- Haben Sie regelmäßig körperliche Bewegung? ja  nein
- Sind bei Ihnen bisher regelmäßig  
 • Impfungen durchgeführt worden? ja  nein
- Interessieren Sie sich auch für naturheilkundliche Heilmethoden? ja  nein

Bei welchem Hausarzt sind Sie bisher behandelt worden?

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

- Dürfen wir die Befunde bei Ihrem bisherigen Hausarzt anfordern? ja  nein

**Vielen Dank für Ihre Hilfe!**