**AUFNAHMEBOGEN:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname:** |  |
| **Name:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Straße:** |  |
| **PLZ/Wohnort:** |  |
| **Telefonnummer/Handy** |  |
| **Emailadresse:** |  |
| **Versicherung:** |  |
| **Bei Kindern: Versicherter/Eltern:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Beruf: |  |
| Lebensverhältnisse (verheiratet etc): |  |
| Haben Sie Stress? Was? |  |

Was sind Ihre **jetzigen Beschwerden**?

|  |
| --- |
|  |

**Seit wann** bestehend?

|  |
| --- |
|  |

Vermuten Sie einen **Auslöser**? Bzw. war Tage/ Wochen vorher etwas (Sturz, Zahn-OP, Impfung etc.)?

|  |
| --- |
|  |

Sind die **Schmerzen** oder **Beschwerden** veränderlich (kein Effekt/besser/schlechter):

|  |  |
| --- | --- |
| **Bewegung** |  |
| **Stehen** |  |
| **Liegen** |  |
| **Nachts** |  |
| **Morgens** |  |
| **Abends** |  |

Nebenbeschwerden:

|  |
| --- |
|  |

Vorhandene **Untersuchungen** im Zusammenhang mit Ihren **Beschwerden** (Röntgen/CT/MRT). Befunde? Bitte bringen Sie Befunde und Röntgenaufnahmen- soweit vorhanden mit:

|  |
| --- |
|  |

**Frühere Operationen**? Bitte mit **Jahr**angabe (z.B. Blinddarm-OP/2010):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allergien:** |  |
| **Nahrungsmittelunverträglichkeiten:** |  |
| **Medikamente:** |  |
| **Verdauungsprobleme? Blähungen, Stuhlunregelmässigkeiten etc:** |  |
| **Geburten?** |  |
| **Dammschnitt? Kaiserschnitt?** |  |
| **Seelische Erkrankungen? Depression etc:** |  |
| **Stoffwechselerkrankungen? Diabetes/Gicht etc:** |  |
| **Nikotin? Wie viel pro Tag?** |  |
| **Alkohol?**  **Was und ca. wieviel pro Tag?** |  |

Möchten Sie sonst noch etwas **wichtiges** vermerken?

|  |
| --- |
|  |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit