



Heilpraktikerin
Maika Drillich

Natürlich · Sanft · Ganzheitlich

Aufnahmebogen für Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine möglichst effektive Behandlung gewährleisten zu können, ist es entscheidend, dass Sie nachstehende Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen beantworten. Sämtliche Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt (Schweigepflicht).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anrede	Vorname	Nachname	Geburtsdatum

Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Strasse, HausNr.	Plz	Ort

Kontakt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tel. Privat	MobilNr	Email

Beruf, tägliche Aktivitäten

Hobbies, Sport, andere Aktivitäten

Krankenkasse Privat Gesetzlich Beihilfe Zusatzversicherung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hausarzt	Orthopäde	Erlaubnis zu kontaktieren?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden (Empfehlung durch wen)?



Heilpraktikerin
Maika Drillich

Natürlich · Sanft · Ganzheitlich

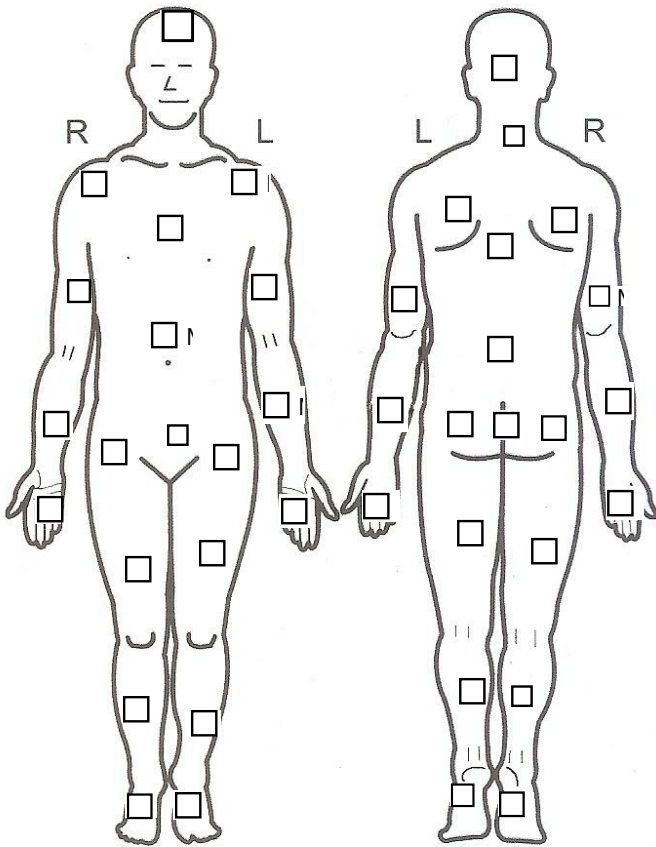
Aufnahmebogen

Anliegen

Ich komme aus prophylaktischen Gründen

Wo sitzen Ihre Beschwerden:

Bitte markieren Sie alle Bereiche in denen Sie Beschwerden haben.



Beschwerden bestehen seit:

Jahren Monat(en) Wochen Tagen

Beschwerden wiederkehrend:

Ja alle Monate Wochen Tage

Wahrscheinliche Ursache der
Beschwerden:

Aktuelle Nebenbeschwerden:

Am schlimmsten geht es mir, wenn:

Am besten geht es mir, wenn:

Beschreibung der Beschwerden



Heilpraktikerin
Maika Drillich

Natürlich · Sanft · Ganzheitlich

Aufnahmebogen

Unfälle / Operationen

Hatten Sie bereits Unfälle und Verletzungen (seit Kindheit)? Wenn ja, wann und in welchem Bereich?

Datum / Bereich

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann und in welchem Bereich?

ja, Datum / Bereich

Bisherige Untersuchungen

Welche der folgenden ärztlichen Untersuchungen wurden bereits bei Ihnen durchgeführt und in welcher Körperregion?

Röntgen/CT

MRT

Knochendichte

Endoskopie
(Magen, Darm,
etc)

Labor (Blut,
Urin)

Sonstiges

Wichtig: Bringen Sie bitte zum Ersttermin die entsprechenden Befunde (Röntgenaufnahmen etc.) mit!

Bisherige Behandlungen (z.B. Physio):

Zahnbehandlungen:

Füllungen

Kronen

Brücken

Prothesen

Implantate

Weisheitszähne entfernt

Paradontose



Heilpraktikerin
Maika Drillich

Natürlich · Sanft · Ganzheitlich

Aufnahmebogen

Allgemeine Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

Welche Dinge treffen auf Sie zu?

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in meinem Leben etwas ändern | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Ohrgeräusche (Tinnitus) | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Traumata (mental, emotional) | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Narben |
| <input type="checkbox"/> nervöse Störungen | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Eigene Geburt: Zange, Saugglocke, Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Sportmuffel |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen -pressen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Schuheinlagen |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen, -stolpern | <input type="checkbox"/> Alkohol, Nikotin, Drogen, Medikamente | <input type="checkbox"/> Blasen-, Nierenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> häufige Infektionen |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | |
| <input type="checkbox"/> Wiederholt ausftretende Krankheiten in der Familie | | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |

Für Frauen:

- | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich bin schwanger | <input type="checkbox"/> Ich wünsche mir Kinder | Anzahl Kinder <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Menopause | Anzahl Schwangerschaften <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> starke Blutungen | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige Periode | | |