

Marco Gross

Heilpraktiker, Physiotherapeut, Osteopath

Praxis-Aufnahmebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis, bei der Sie im Mittelpunkt stehen.

Bevor wir uns jedoch ganz in Ruhe um Ihre Beschwerden/individuelle Bedürfnisse kümmern können, benötigen wir im Vorfeld, neben Ihren Personalien, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, Vorerkrankungen (ggf. Befunde in Kopie), Allergien oder sonstiges. Dies ist uns wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung.

Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der Schweigepflicht.

1) Angaben zur Person
Patient: Name, Vorname
Geburtsdatum:
Versicherter: Name, Vorname
Versicherter: Geburtsdatum
Anschrift privat:
Telefon privat / Handynummer:
E-Mail / Telefax privat:
Im Notfall benachrichtigen:
(Name, Verwandtschaftsgrad, Handynummer)
Beruf:
Telefon/Telefax/E-Mail dienstlich:
Krankenkasse, Versicherung:

Ich bin (bitte kreuzen Sie an)

- ☐ gesetzlich pflichtversichert
- ☐ beihilfeberechtigt privat

- ☐ gesetzlich freiwillig versichert
- ☐ voll privat versichert

2) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Internet

☐ auf Empfehlung von:

☐ sonstiges:

3) Mitbehandelnde Ärztinnen & Ärzte

Bisheriger Hausarzt:

Weitere Fachärzte:

4) Grund Ihres Besuches (aktuelles Krankheits-/Beschwerdebild)

5) Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft?

☐ ja

☐ nein

Wechseljahres-Beschwerden?

☐ ja

☐ nein

(wenn ja, welche)

6) Wann war Ihre letzte...

☐ Krebsvorsorgeuntersuchung?

☐ Gesundheitsuntersuchung?

☐ Hautuntersuchung (Hautscreening)?

7) Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? (bitte auch OP-Jahr angeben)

8) Welche chronischen Erkrankungen/Allergien bestehen bei Ihnen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Raucher | ☐ Nieren-Erkrankung |
| ☐ Alkohol-/Drogenproblematik vorhanden | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Stoffwechsel-Erkrankung |
| ☐ Herzerkrankung | ☐ Diabetes / Zuckerkrankheit |
| ☐ Lungenerkrankung | ☐ Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin |
| ☐ Magen-Darm-Erkrankung | ☐ Rheumatische Erkrankung |
| ☐ Reizdarm | ☐ Gelenkerkrankung / Arthrose |
| ☐ Essstörungen | ☐ chronische Müdigkeit / (CFS) |
| ☐ Rapide Gewichtsveränderung | ☐ Schlafstörungen |
| ☐ Leber-Erkrankung | ☐ Unkonzentriertheit |
| ☐ Chronische Schmerzen
(Muskel-/Skelettbereich) | ☐ Prüfungsangst |
| ☐ Chronische Infekte | ☐ Antriebsarmut |
| ☐ Zahnprobleme | ☐ Potenzstörungen |
| ☐ Sonstige _____ | |

Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche: _____

9) Welche Medikamente nehmen Sie als Dauermedikation?

Medikamente:	morgens	mittags	abends	zur Nacht

10) Fühlen Sie sich aktuell seelisch stark beansprucht? (Stress, Burnout)

☐ nein

☐ ja, mehr privat

☐ ja, mehr beruflich

11) Treiben Sie regelmäßig Sport?

☐ ja

☐ nein

12) Wie ernähren Sie sich?

☐ vegetarisch

☐ Paleo

☐ Pescetarier

☐ Low Carb

☐ vegan

☐ glutenfrei

☐ Clean Eating

☐ Rohkost

13) Bitte tragen Sie hier Ihre Größe und Ihr aktuelles Gewicht ein:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

14) Bitte beachten Sie, dass die angehende Behandlung mit 175 € abgerechnet wird. Sollten Sie den Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab. Ansonsten entsteht eine Ausfallgebühr von 100 €.