

Aufnahme Formular

Datum: _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ e mail: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geschlecht: _____

Beruf (Dauer und ehemalige Berufe) _____

Derzeitige Beschwerden: _____

Familiengesundheitsgeschichte:

Vater: _____

Mutter: _____

Ehefrau/Ehemann: _____

Brüder: _____

Schwester: _____

Kinder: _____

Grosseltern: _____

Bitte Y bei JA oder N bei NEIN einkreisen

- | | |
|--|--|
| Y N Zittern | Y N regelmaessige Kopfschmerzen |
| Y N Taubheit | Y N Rueckenschmerzen |
| Y N Beinkraempfe | Y N Schwellungen im Genick |
| Y N Hautprobleme | Y N Fehlende Balance |
| Y N Kopfhaut problems | Y N Schwindel |
| Y N Juckende oder Brennende Haut | Y N Ohnmachtsanfaelle |
| Y N Leicht blaue Flecke | Y N Brillentraeger |
| Y N Nervositaet od. Angstzustaende | Y N Verzerrtes Sehen |
| Y N Nervoes mit Fremden | Y N Verschlechterung des Augenlichtes |
| Y N Naegelbeissen | Y N Austrahlen von Licht |
| Y N Unentschlossenheit | Y N Augen Irritationen oder Jucken |
| Y N Unkonzentriert | Y N waessrige Augen |
| Y N Gedaechnissverlust | Y N Ohrenschmerzen |
| Y N Allein oder depressiv | Y N Hoergfehler |
| Y N regelmaessiges Weinen | Y N Auslaufende Ohren |
| Y N Hoffnungslos | Y N Toene im Ohr |
| Y N Probleme zu entspannen | Y N Zahnprobleme |
| Y N staendig Sorgen | Y N Zahnfleischprobleme |
| Y N Alptraeume | Y N Wunde Zunge |
| Y N Gefuehl von Depression | Y N Verstopfte Nase |
| Y N Schuechtern oder sensibel | Y N Laufenede Nase |
| Y N Kann keine Kritik vertragen | Y N Niesanfaelle |
| Y N Leicht veraergert | Y N Kopf erkaeltungen |
| Y N Kleine Dinge regen auf | Y N Nasenbluten |
| Y N Familienprobleme | Y N Halsschmerzen |
| Y N Arbeitsprobleme | Y N Schluckbeschwerden |
| Y N Sexuelle Probleme | Y N raue Stimme |
| Y N Veraenderungen der sexuellen Energie | Y N Atembeschwerden |
| Y N Selbstmordgedanken | Y N Staendiger Huesten |
| Y N Gewichtszunahme oder Verlusst | Y N Husten mit Schleim |
| Y N Appetitlosigkeit | Y N Husten mit Blut |
| Y N Immer hungrig | Y N Bronchialerkaeltungen |
| Y N Immer muede | Y N Erhoehter oderschneller Herzschlag |

Bitte Y bei JA oder N bei NEIN einkreisen

- Y N Brustschmerzen
- Y N Atemnot
- Y N Geschwollene Fuesse oder Beine
- Y N Schwellungen in der Achselhoehle
- Y N Schlafprobleme
- Y N Seekrank
- Y N starkes Schwitzen
- Y N Verdauungsbeschwerden
- Y N staendiges Aufstossen
- Y N Uebelkeit und Erbrechen
- Y N Unterleibsschmerzen
- Y N Blaehungen
- Y N Verstopfung
- Y N Loser Stuhlgang
- Y N Schwarzer Stuhlgang
- Y N grauer oder weisser Stuhlgang
- Y N Schmerzen im Rektum
- Y N Jucken im Rektum
- Y N Blut im Stuhl
- Y N vermehrtes Wasserlassen
- Y N verliert Urin beim Lachen od. Husten
- Y N Brennen beim Wasserlassen
- Y N Schwarzer oder blutiger Urin
- Y N Probleme beim Wasserlassen
- Y N Schmerzen in den Gelenken
- Y N Geschwollene Gelenke
- Y N Ruecken oder Schulterschmerzen
- Y N Arm-oder Beinschwaeche
- Y N Schmerzende Fuesse
- Y N Fieberabfaelle
- Y N See od. Reisekrankheit
- Y N Nachtschweiss
- Y N Hitzewallungen
- Y N Waermer oder kaelter als Andere

maennlich

- Y N Brennen oder Ausfluss
- Y N Gescwollene Hoden
- Y N Schmerzende Hoden

weiblich

- Y N unregelmaessige Menunstration
- Y N Menstruale Probleme
- Y N Zwischenblutungen
- Y N Schwere Blutungen
- Y N Schweregefuehl nach unteng
- Y N Ausfluss
- Y N Vaginale Irritationen
- Y N Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Y N Geschwollene oder schmerzhaftige Brueste
- _____ N. v. Schwangerschaften
- _____ N. v. Geburten
- _____ N. v. Fehlgeburten
- _____ N. v. Fruehgeburten
- _____ N. v. Kaiserschnitt
- _____ N. v. Abtreibungen

Kommentare oder andere Probleme
