

Aufnahmebogen:

Name: _____

Vorname: _____

Bei Kindern unter 18 J.
Namen der Eltern:

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Zu welchen Tageszeiten sind Sie telefonisch i.d.R. gut erreichbar? Welche Nummer?

Zeiten: _____

Tel. / Fax: _____

Mobilnummer: _____

Email: _____

Hausarzt (mit Praxisort): _____

Krankenkasse:

Gesetzlich: ☐

Privat: ☐

Zusatz: ☐ (bitte ankreuzen)

Tarif: _____ Tarif: _____

Name der Krankenkasse: _____

Medikamente (auch Vitamine,
Mineralstoffe und Hormone
Pille etc.): _____

Chronische Krankheiten: _____

Gründe Ihres heutigen Besuchs: _____

Unverträglichkeiten / Allergien:

Operationen:
Welche? Wann?

Tätigkeit / Beruf:
(derzeit oder früher)

Kontakt zu Giften:(Spritzmittel,
Metalle, Dämpfe, Abgase,
Amalgamfüllungen)

Verletzungen / Unfälle:
Narben (auch kleinere)?

Psychische Belastungen:
(derzeit oder früher)

Schwere Infektionskrankheiten:
(derzeit oder früher)

Impfungen:
Welche? Wann?

Längere Auslandsaufenthalte:

Wann? Wo?

Folgendes bitte ankreuzen:

Haben Sie evtl. Interesse
an Seminaren und Vortragsreihen?

☐ Ja

☐ Nein

Info nur per Post (nicht per Mail)

☐ Ja

☐ Nein

Wie wurden Sie zuerst auf uns aufmerksam?

☐ Empfehlung

☐ Internet

☐ Gelbe Seiten

☐ Telefonbuch

☐ andere

Datum: _____

Unterschrift : _____