

Heidelberger Ganzheitsmedizin
Praxis Dr. Lothar Hollerbach / Drs. Alexander & Dorothea Veltkamp
Fachärzte für Allgemeinmedizin

Anthroposophische Medizin · Naturheilverfahren · Homöopathie
Ernährungsmedizin · Manuelle Medizin · Sportmedizin · Umweltmedizin
Informations-/Energiemedizin

Aufnahmebogen für Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen.

Es freut uns, Sie als neuen Patienten in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Für eine erfolgreiche individuelle Behandlung Ihrer Erkrankung ist eine möglichst vollständige Kenntnis Ihrer und in der Familie bestehenden Erkrankungen notwendig.
Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie die nachfolgenden Fragen so gut wie möglich beantworten würden.
Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.
Vielen Dank.

Name / Vorname:

Größe:

Gewicht:

Raucher: ja / nein

Geburtsdatum:

PLZ / Wohnort:

Straße / Hausnummer:

Telefon / Handy:

Name der Krankenkasse/Privatversicherung:

Name, Vorname und Anschrift des **Erziehungsberechtigten**:

Rechnung an:

Beruf:

Familienstand:

Kinder:

Allergien:

Medikamentenunverträglichkeiten:

Regelmäßige Medikation (auch Augentropfen, Nahrungsergänzungsmittel):

1.

6.

2.

7.

3.

8.

4.

9.

5.

10.

Vorerkrankungen/chronische Erkrankungen/Operationen:

Welches Krankheitssymptom belastet Sie derzeit am meisten?

Besondere(s) Anliegen:

Ernährung:

Ernährungsgewohnheiten: vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> fleischlastig <input type="checkbox"/> gemischt <input type="checkbox"/> Kohlenhydrate (Zucker, Brot, Nudeln, Kartoffeln, Reis): wenig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> Tägl. Getränke (Top 3): > > Alkohol: nie <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> ; tägliche Menge:

Familienanamnese/ Familiäre Erkrankungen:

Mutter:

Krebs , Diabetes , Schlaganfall , Herzinfarkt , Demenz Allergie ,
Bluthochdruck , Autoimmunerkrankungen

Genauer/Sonstiges: _____

Vater:

Krebs , Diabetes , Schlaganfall , Herzinfarkt , Demenz Allergie ,
Bluthochdruck , Autoimmunerkrankungen ,

Genauer/Sonstiges: _____

Erkrankungen der Oma (mütterlicherseits):

Krebs , Diabetes , Schlaganfall , Herzinfarkt , Demenz Allergie ,
Bluthochdruck , Autoimmunerkrankungen ,

Genauer/Sonstiges: _____

Erkrankungen von Geschwistern:

Besondere Erkrankungen im erweiterten Familienkreis

Datum: _____

Unterschrift: _____