

Eintrittsformular, Gesundheitspraxis R. Mayer GmbH

Name: _____ **Vorname:** _____
Strasse: _____ **PLZ/Ort:** _____
Tel priv: _____ **Tel-G:** _____
Natel/Handy: _____ **Krankenkasse:** _____
Geb-Dat: _____ **Zusatzvers. Name:** _____
Beruf: _____ **Zusatzvers.-Nr:** _____
e-mail: _____ **Empfohlen durch:** _____
Hausarzt: Dr. med. _____ **Ort der Praxis:** _____

Ausgleichsaktivitäten / Hobbies? _____

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? _____

Seit wann haben Sie diese und wie äussern sie sich? _____

Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen (stechend, brennend, bohrend, reissend, klopfend, drückend)

Treten die Beschwerden regelmässig oder in einem bestimmten Schema auf? _____

Werden Sie nachts von den Beschwerden wach? _____

Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach?
(ZBsp. Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung) _____

Wann und durch was werden die Beschwerden ausgelöst oder schlimmer? _____

Sind die Beschwerden krankheits- oder unfallbedingt? Wenn unfallbedingt, bei welcher Versicherung ist der Unfall gemeldet? (Name und Adresse der Versicherung, Schadenummer) _____

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann? Haben Sie Narben? _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein und zu welcher Diagnose? (Antibiotika, Antimykotika und andere Medikamente)

Erlitten Sie Unfälle? Wenn ja, welche und wann? _____

Wurden bei Ihnen jemals Krankheiten wie z.B. HIV, Krebs, Tbc, Hepatitis festgestellt? _____

Haben oder hatten Sie Leiden wie; Kreislauf- und Blutdruckprobleme, Osteoporose, Krampfadern, Fieber, Menstruation (Blutung stark, schwach, lange, unregelmässig, Zwischenblutung), Entzündungen usw.?
Leiden Sie an Allergien / Unverträglichkeiten? Besteht eine Schwangerschaft? _____

Sind Sie zur Zeit in einer Behandlungen bzw. Therapie (zBsp. Physiotherapie, Chiropraktik etc...) _____

---Bitte Rückseite auch ausfüllen ---

INFO

Die Bezahlung der Behandlungskosten sowie die Abklärung über eine allfällige Kostenbeteiligung aus der Zusatzversicherung (Komplementärzusatz) der Krankenkasse oder Unfallversicherung ist grundsätzlich Sache des Klienten.

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben, bin von dem Therapeuten bzw. der Therapeutin betreffend Behandlungsablauf sowie Behandlungskosten informiert worden und damit einverstanden.

Bülach, _____

Unterschrift Kunde: _____
(evtl. gesetzlicher Vertreter)

(wird von uns ausgefüllt) Therapeut: _____
Anrede: Du Sie

Krankheit

Unfall

Ergänzende Fragen (müssen nicht zwingend ausgefüllt werden)

Weitere wichtige Infos, die uns helfen könnten (Entwicklungen im Leben wie Scheidung, Nervenzusammenbruch, Kreislaufschwäche, Depression, usw.) / Besuche im Ausland (ausserhalb Europa) / Kinderkrankheiten / Impfungen / sonstige mögliche Belastungsfaktoren

Treten am Tag Schwächeanfälle auf? _____

Werden Sie nachts wach? Wenn ja, wann? _____

Wie häufig haben Sie Stuhlgang? _____ x täglich / _____ x Woche. Regelmäßig / unregelmäßig,

Konsistenz: fest / dünn / weich / wässrig. Farbe: weiss / leichtbraun / gelbbraun / dunkelbraun / schwarz

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen für sauer, süß, würzig, bitter, salzig? _____

Bei welchen Speisen und / oder Getränken haben Sie Beschwerden? _____

Haben Sie eine Sucht nach Süßigkeiten? Ja / Nein _____

Rauchen Sie? Wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen? Welche und wie häufig? _____

Trinken Sie Kaffee? Menge? _____

Verwenden Sie Haartönungen? (wichtig bei Kopfschmerz und Migräne) _____

Wurden bei Ihnen grössere Zahn- oder Ekzembehandlungen durchgeführt? _____

Welche WEITEREN NEBENBESCHWERDEN haben Sie zurzeit?

Familienkrankheiten:

Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefässkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten, usw.) und nicht erbliche Belastungen.

Mutter: _____

Vater: _____

Sonstige Familienmitglieder: _____