

# Eintrittsformular Gesundheitspraxis R. Mayer GmbH

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. priv.: \_\_\_\_\_ Tel.-G: \_\_\_\_\_  
Natel/Handy: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Karten-Nr. der \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Zusatzvers.: \_\_\_\_\_  
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, Schadennummer) \_\_\_\_\_

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 jemals Krankheiten wie z.B. ADS, ADHS, Depression, Hauterkr., HIV, Krebs, Tbc, Hepatitis, Warzen, Würmer, Pilze 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 (Komplementär) der Krankenkasse oder Unfallversicherung ist grundsätzlich Sache der 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.

Ich wurde darauf hingewiesen, eine schulmedizinische Behandlung keinesfalls ohne Rücksprache mit dem Arzt abzubrechen. Es wurden mir keinerlei Heilversprechen gemacht.

Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich mindestens 24 Std. vorher ab, da sie sonst verrechnet werden. Die obigen Erläuterungen habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Bülach, \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_  
(evtl. gesetzlicher Vertreter)

(wird von uns ausgefüllt) Therapeut: \_\_\_\_\_

Krankheit

Unfall

Anrede:  Du

Sie

### Ergänzende Fragen

**Weitere wichtige Infos, die uns helfen könnten (Entwicklungen im Leben wie Scheidung, Nervenzusammenbruch, Kreislaufschwäche, Depression, usw.) / Besuche im Ausland (ausserhalb Europa) / Kinderkrankheiten (Angina, Mandelentzünd., Masern, Mittelohrentz., Mumps, Röteln, Scharlach, Soor, etc/ Impfungen und allfällige Reaktionen darauf / 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: \_\_\_\_\_

--- Bitte Rückseite auch ausfüllen ---