

**CHECK-IN** (Behandlungsvereinbarung/Datenschutz/Anamnese)

Sehr geehrte Patienten/innen, für eine optimale Behandlung benötigen wir einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand. Dadurch ist es möglich uns ein umfassendes Bild über Ihre Beschwerden zu machen, und Sie somit optimal zu betreuen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nur zum Zwecke der Behandlung verwendet.

Falls Ihnen das Ausfüllen Schwierigkeiten bereitet, sprechen Sie uns bitte an. Vielen Dank!

Name: ..... Vorname: ..... Geb.Datum.....

Adresse: .....

Telefon ..... Emailadresse: .....

Hausarzt / Facharzt: .....

- Welche Beschwerden führen Sie zu mir (Was, seit wann, Auslöser, ...)?

.....  
.....

- Welche Maßnahmen haben Sie gegen Ihre Beschwerden bereits unternommen?

.....

- Gab es operative Eingriffe? Wann?

.....

- Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Welche?

.....

- Hatten Sie bereits Unfälle?

.....

Treffen folgende Punkte bzw. Beschwerden zu?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ... mit den Kiefergelenken?                                | <input type="checkbox"/> ... ständiger Müdigkeit oder Leistungsabfall?           |
| <input type="checkbox"/> ... an Herz oder Blutgefäßen?                              | <input type="checkbox"/> ... in den letzten Monaten ungewollten Gewichtsverlust? |
| <input type="checkbox"/> ... mit der Schilddrüse?                                   | <input type="checkbox"/> ... oft leicht erhöhte Temperatur?                      |
| <input type="checkbox"/> ... an der Lunge/Atemwegen?                                | <input type="checkbox"/> ... nächtliche Schmerzen?                               |
| <input type="checkbox"/> ... Leber, Galle oder Magen?                               | <input type="checkbox"/> ... Kopfschmerzen?                                      |
| <input type="checkbox"/> ... am Darm/Bauchspeicheldrüse?                            | <input type="checkbox"/> ... Stress oder Schlafstörungen?                        |
| <input type="checkbox"/> ... an Niere, Blase?                                       | <input type="checkbox"/> ... psychische Erkrankung?                              |
| <input type="checkbox"/> ... an Gebärmutter/Eierstöcken?                            | <input type="checkbox"/> ... Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?         |
| <input type="checkbox"/> Sind Sie schwanger?  | <input type="checkbox"/> ... Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten?   |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie Geburten? Wieviel?                              | <input type="checkbox"/> ... Rauchen Sie? Wenn Ja wie viel /Tag?                 |
| <input type="checkbox"/> Gibt es Menstruations- oder Wechseljahresbeschwerden?      | <input type="checkbox"/> ... ein Problem mit einer Suchterkrankung?              |
| <input type="checkbox"/> ... an Prostata, Hoden?                                    |  |
| <input type="checkbox"/> ... erbliche Krankheiten, oder leiden Sie an Rheuma/Gicht? |  |



