

# Praxis für Osteopathie und Physiotherapie Benjamin Neideck

## Allgemeiner Aufnahmebogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen – zutreffend bitte ankreuzen

Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
COPD	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>
Weizenallergie	<input type="checkbox"/>	Pollenallergie	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:	

Laktoseintoleranz	<input type="checkbox"/>	Schuppenflechte	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis	<input type="checkbox"/>	Polyneuropathie	<input type="checkbox"/>
M. Parkinson	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
z. n. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	z. n. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Diabetes Typ1	<input type="checkbox"/>	Diabetes Typ2	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo:	

HIV	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>
		Wenn ja, welche	

Welche Operationen: \_\_\_\_\_

Welche regelmäßigen Medikamente: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_