



AUFNAHMEBOGEN

Bitte füllen Sie das Formular **leserlich** aus. Für eine Behandlung notwendige **Pflichtangaben** sind mit * gekennzeichnet. Ihre Daten werden selbstverständlich **streng vertraulich** behandelt, ferner unterliegt die Praxis der **Verschwiegenheitspflicht**. Die **Datenschutzerklärung** finden Sie unter: <https://www.daniel-gunia.de/downloads/>

Name, Vorname(n):*

Geburtsdatum:*

Geburtsort:*

Geburtsname:

Staatsangehörigkeit:

Körpergröße:*

Gewicht:*

stabil?* (± 2 kg)

Straße:*

PLZ und Ort:*

Telefon privat oder Handy:*

E-Mail:*

Haben Sie Ihre Beschwerden bereits ärztlich untersuchen lassen?*

nein

ja

Falls ja, konnte eine körperliche Ursache für Ihre Beschwerden gefunden werden?

nein

ja

Familienstand:*

ledig/alleinstehend

in fester Beziehung

getrennt lebend

verheiratet

in Lebenspartnerschaft

geschieden

verwitwet

Erlernte(r) Beruf(e):

Jetzige Tätigkeit:*

Von wem wurden Sie empfohlen oder wie erfuhren Sie über diesen Therapieplatz?

Waren Sie schon einmal in ambulanter oder stationärer psychotherapeutischer Behandlung?*

ja

nein

zuletzt bei:

von ~ bis:

Wurde bei Ihnen je eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?*

Magengeschwür (Ulcus ventriculi)

Zwölffingerdarmgeschwür (Ulcus duodeni)

Bronchialasthma (Asthma bronchiale)

rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthrit)

Neurodermitis (entzündl. Hauterkrankung)

Bluthochdruck (essentielle Hypertonie)

Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)

Colitis ulcerosa (entzündliche Darmerkrankung)

Morbus Crohn (entzündliche Darmerkrankung)

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

chronische Infektion (z. B. Hepatitis, HIV)

Übergewicht (Adipositas)

Autoimmunerkrankung (z. B. Lupus)

chronisches Schmerzsyndrom (z. B. Fibromyalgie)



Wer ist Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt? Es erfolgt keine Weitergabe von Daten ohne Ihr Einverständnis.

Name:

Ort:

Wie und bei wem sind Sie krankenversichert?

gesetzlich

privat

Name der Versicherung:

Haben Sie eine Zusatzversicherung, die Leistungen eines Heilpraktikers übernimmt?

ja

nein

Name der Versicherung:

Welche Medikamente in welcher Dosierung nehmen Sie aktuell ein (ggf. auch ohne Verordnung)?*

morgens:

mittags:

abends:

bei Bedarf:

Wie häufig trinken Sie 3 oder mehr alkoholische Getränke an einem Tag bzw. zu einem Anlass?*

nie oder selten

hin und wieder

häufiger oder täglich

ich trinke gar keinen Alkohol

Rauchen Sie oder konsumieren Sie andere nikotinhaltige Produkte?*

Zigaretten

E-Zigarette

Zigarillos

Snus oder andere Produkte

noch nie geraucht

hin und wieder

häufiger oder täglich

inzwischen abstinert

Haben Sie schon eine Erfahrung mit Drogen oder anderen psychotropen Substanzen gemacht?*

noch keine Erfahrung

hin und wieder

häufiger oder täglich

inzwischen abstinert

mal probiert

Welche Substanzen?

Ort*

Datum*

Unterschrift Patient/-in*