



**Praxis für Neurofunktionelle Medizin**  
Galileistr.16    D-78224 Singen  
Tel: 07731-9441674  
Email: [info@schumacher-praxis.de](mailto:info@schumacher-praxis.de)  
[www.schumacher-praxis.de](http://www.schumacher-praxis.de)

## Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Mit diesem Aufnahmebogen können Sie vorab die wichtigsten Informationen in Ruhe eintragen. Wir werden mit Ihnen dann im persönlichen Gespräch die Einzelheiten genau besprechen. Sollten Sie irgendwelche persönlichen Angaben nicht schriftlich machen wollen, so ist Ihnen dies natürlich freigestellt.

<b>NAME:</b> .....	<b>VORNAME:</b> .....
<b>Geb.Datum:</b> .....	<b>Wohnort/PLZ:</b> .....
<b>Strasse:</b> .....	<b>Tel.:</b> .....
<b>Email:</b> .....	<b>Krankenkasse:</b> .....

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?.....

**Beruf:** (Beschreibung der Tätigkeit z.B. viel sitzend, schwer körperlich arbeitend, PC-Arbeitsplatz.).....  
.....  
.....

**Lebensverhältnisse** (alleinstehend, verheiratet, Kinder):.....

**Krankengeschichte:**

Hauptbeschwerde (was? seit wann? Auslöser?).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nebenbeschwerde(n): .....

.....

.....

.....

.....

.....

**Bei Schmerzsymptomen:**

Schmerzcharakter: (zb stechend, dumpf, brennend, ausstrahlend, nur bei bestimmter Bewegung etc).....

.....

Auf einer Schmerzskala von 0-10 ( 0 =schmerzfrei, 10= maximal erträglicher Schmerz):.....

**Welche Fachärzte oder Heilpraktiker haben Sie bereits aufgesucht?**.....

.....

**Untersuchungen:** (Wann und was wurde untersucht? Ergebnis? Bitte Befunde und Bildgebungsbefunde mitbringen soweit vorhanden).....

Röntgen:..... CT:.....MRT:.....Labor:.....EKG:.....andere:.....

.....

**Welche Therapien wurden bereits angewandt? Wie war der Erfolg?**.....

.....

**Kinderkrankheiten (Datum):**.....

**Impfungen (Datum):**.....

**Operationen (Datum):** .....

.....

.....

.....

**Allergien/Unverträglichkeiten:** .....

.....

**Medikamente (inkl. Bedarfsmedikation):**.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Zahnstatus:**

Besteht Zahnersatzmaterial aus 1) Amalgam 2)Gold 3)Kunststoff 4)Keramik ?.....

Wurde Amalgam entfernt, wenn ja wann?.....

Schwermetallausleitung durchgeführt, wenn ja womit?.....

**Besonderheiten/Beschwerden im Bereich:**

Haut:.....

Kopf/Halsbereich (Augen, Ohren, Nasennebenhöhlen, Mandeln, Schilddrüse):.....

.....

.....

Immunsystem: (häufige Infekte, autoimmune Erkrankungen).....

.....

Herz/Kreislauf/Blutdruck: .....

.....

Verdauungsorgane: (Leber, Galle, Magen, Bauchspeicheldrüse, Darm):.....

.....

.....

Niere/Blase: .....

.....

Weibliche Geschlechtsorgane/Zyklus: .....

.....

Männliche Geschlechtsorgane: .....

.....

**Ansteckende Erkrankungen:**.....

**Bewegungsapparat:** (Muskeln, Gelenke, Knochen, Unfälle, Verletzungen).....

.....

.....

**Seelisch/Emotional:** (z.B. Belastungen, Depressionen; häufige Symptome, die in emotionalen Zusammenhang gebracht werden z.B. Kopfschmerzen immer wenn man sich ärgert).....

.....

.....

.....

.....

**Stoffwechsel:** (Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörung).....

.....

.....

**Vegetatives Nervensystem:** (Schlaf, Appetit, Schweißneigung/Nachtschweiß).....

.....  
.....  
.....

**Nikotin:**..... **Alkohol:**..... **Kaffee:**.....

**Größe:**.....cm      **Gewicht:**.....kg

**Familiäre Erkrankungen:** (Allergien, Diabetes, Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf, Krebs, Schilddrüse, andere).....

.....  
.....  
.....

**Anmerkungen:**.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ort, Datum:.....      Unterschrift:.....

**Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit.**