

# Aufnahmebogen für Neupatienten

Dr. Michael Scheer  
Im Quinhagen 1a  
33104 Paderborn

Fon 05254 9305550  
Fax 05254 9305551

info@doc-scheer.de  
www.doc-scheer.de

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns optimal auf Ihren Ersttermin vorbereiten können, bitten wir Sie bereits im Vorfeld um einige Angaben. Sie können diesen Bogen auf Ihrer Festplatte speichern und ganz einfach direkt am Computer ausfüllen. Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Aufnahmebogen vor Ihrem ersten Besuch per E-Mail, Fax oder Post zu. Wir danken Ihnen herzlich und freuen uns auf Ihren Besuch!

## Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon (tagsüber)

E-Mail

Geburtsdatum

Krankenversicherung

Aktuelle berufliche Tätigkeit

Treiben Sie Sport? Wenn ja, was, wie oft?

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Webseite

Presse / Medien

Social Media

Persönliche Empfehlung

Google-Suche

Sonstiges:

Bewertungsplattform (Jameda o. Ä.)

## Was können wir für Sie tun?

Umfassender CheckUp

Sportmedizinischer CheckUp

Stress-Check

Ernährungs-Check

Blutdruck-Check und -behandlung

Mikronährstoffanalyse

Organ-Check (Ultraschalluntersuchung)

Osteopathisch-funktionelle Behandlung

Hausärztliche Betreuung

Gesundheitsuntersuchung der GKV

### Aktuelle gesundheitliche Beschwerden

Wenn aktuelle gesundheitliche Probleme der Anlass für Ihren Besuch sind, beschreiben Sie diese bitte kurz.

## Zurückliegende Erkrankungen oder Verletzungen

Hatten Sie in der Vergangenheit schwere oder wiederkehrende Erkrankungen?

Nein

Ja, und zwar:

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

Nein

Ja, und zwar:

## Hatten Sie in der Vergangenheit Verletzungen?

Sportverletzung:

Schwere Verletzungen durch Unfall:

Operation:

Sonstige Verletzung:

## Haben oder hatten Sie Probleme mit Zähnen oder Kiefergelenken?

Nein

Ja, und zwar:

Bitte bringen Sie, wenn möglich, eine Panoramaaufnahme Ihrer Zähne mit.

## Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel

### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, und zwar:

### Nehmen Sie regelmäßig Vitamin- oder Mineralstoffpräparate ein?

Nein

Ja, und zwar:

## Ihre gesundheitlichen Ziele

Welche Ziele haben Sie im Hinblick auf Ihre Gesundheit?

## Service und Information

Möchten Sie unseren Newsletter per E-Mail abonnieren?

Ja

Nein

Sollen wir Sie per E-Mail an empfohlene Vorsorgeuntersuchungen erinnern?

Ja

Nein