



Susanne Dirksen · Kossberg 1 · 59510 Lippetal-Herzfeld

Sehr geehrter Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft und vollständig.

Die Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Krankenvorgeschichte dienen der Klärung Ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Zudem erleichtern Sie unser anschließendes Gespräch.

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder an oder tragen Sie (soweit nötig) zusätzliche Informationen ein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Susanne Dirksen

Naturheilpraxis

Susanne Dirksen
Physiotherapeutin
Heilpraktikerin

Osteopathie (BAO)
Kinderosteopathie (DAOM)

Kossberg 1
59510 Lippetal-Herzfeld

Tel. 02923/7800
Fax 02923/659668
susanne.dirksen@web.de

Personenbezogene Daten:

Name, Vorname (des Versicherten) geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Familienstand: ledig verheiratet

 geschieden getrennt lebend verwitwet

Alter Geschlecht
 männlich weiblich

Staatsangehörigkeit Kinder

Größe Gewicht

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?

Bogen ausgefüllt am:

Steuer-Nr. 5343/5875/2633

Volksbank
Beckum-Lippstadt eG

BLZ 416 601 24
Konto-Nr. 3506587500

IBAN
DE71 4166 0124 3506 5875 00

BIC
GENODEM1LPS



1. Besondere Angaben zur Person

Raucher Sportler (Nur bei weiblichen Personen) Besteht zur Zeit: Schwangerschaft Stillzeit
 Ja Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein Nein

2. Sind bei Ihnen und/oder Ihrer Familie bereits Risiken oder Erkrankungen festgestellt worden?

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft: _____ seit _____

Erhöhte Blutfettwerte _____

Erhöhter Blutdruck _____

Herzerkrankungen _____

Schlaganfall _____

Diabetes mellitus _____
 Typ 1 Typ 2

Erhöhte Harnsäurewerte/Gicht _____

Verdauungsprobleme _____

Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber-, Galle, Bauchspeicheldrüse) _____
Art: _____

Nierenerkrankungen _____

Osteoporose _____

Rheuma _____

Krebserkrankungen _____
Art: _____

Übergewicht _____

Untergewicht _____

Allergien/Asthma/Heuschnupfen _____

Nahrungsmittelallergien _____
Art: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____
Art: _____

Schilddrüsenerkrankung _____

Hauterkrankungen _____

sonstiges _____



3. Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Welche? _____

4. Angaben zur körperlichen Belastung?

4.1 Berufliche Tätigkeit

- überwiegend leichte/sitzende Tätigkeit
 überwiegend mittelschwere/stehende Tätigkeit
 schwere körperliche Tätigkeit
Arbeitszeit / Tag _____ (Stunden)
- Arbeit in Schicht
 Nein
 Ja
Welche? _____

4.2 Freizeit / Bewegung / Sport

Art	Häufigkeit (pro Tag/Woche/Monat)	Dauer (in Minuten/Stunden)

Hobbies? _____

5. Angaben zur Lebensqualität

- gut eingeschränkt eingeschränkt

6. Essgewohnheiten

- regelmäßig unregelmäßig
_____ Mahlzeiten / Tag
_____ Zwischenmahlzeiten / Tag
 spezielle Kostformen/Diäten _____

7. Mahlzeiteneinnahmen

- zu Hause
 mit Familie/Partner als Single
 unterwegs
 am Arbeitsplatz im Auto
 in der Kantine im Schnellimbiss im Restaurant
_____ mal/Woche _____ mal/Woche _____ mal/Woche
_____ mal/Woche _____ mal/Woche _____ mal/Woche

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift