



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) zusätz-
liche 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

Familienstand: ledig verheiratet

geschieden getrennt lebend verwitwet

Alter Geschlecht männlich weiblich

Größe Gewicht Kinder

Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus?

**1. Welche Beschwerden / Veränderungen sind der Anlass zur
Vorstellung bei mir?**

2. Seit wann bestehen diese Beschwerden?

3. Welche Behandlungen sind bisher erfolgt und bei wem?

(Berichte: ja nein)

4. Welche Operationen sind bei Ihnen erfolgt?

5. Hatten Sie Unfälle?

Raum für zusätzliche Anmerkungen:

6. Besondere Angaben zur Person

Raucher	Sportler	Besteht zur Zeit:	Schwangerschaft	Stillzeit
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	(Nur bei weiblichen Personen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

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

- Erhöhter Blutdruck _____ seit _____
- Herzerkrankungen _____ seit _____
- Schlaganfall _____ seit _____
- Diabetes mellitus Typ 1 Typ 2 _____ seit _____
- Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm, Leber-, Galle, Bauchspeicheldrüse) _____ seit _____
 Art: _____
- Nierenerkrankungen _____ seit _____
- Osteoporose _____ seit _____
- Rheuma _____ seit _____
- Krebserkrankungen _____ seit _____
 Art: _____
- Allergien/Asthma/Heuschnupfen _____
- Nahrungsmittelallergien _____
 Art: _____
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten _____
 Art: _____
- Schilddrüsenerkrankung _____
- Hauterkrankungen _____
- sonstiges _____

8. Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Welche? _____

9. Angaben zur körperlichen Belastung

9.1 Berufliche Tätigkeit

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

9.2 Freizeit / Bewegung / Sport

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

Hobbies? _____

10. Angaben zum Schmerz (schlecht) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sehr gut)

11. Essgewohnheiten

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

12. 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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift



Susanne Dirksen · Kossberg 1 · 59510 Lippetal-Herzfeld

Behandlungsvertrag
zwischen
Susanne Dirksen, Kossberg 1, 59510 Lippetal
und

Naturheilpraxis

Susanne Dirksen
Physiotherapeutin
Heilpraktikerin

Osteopathie (BAO)
Kinderosteopathie (DAOM)

Kossberg 1
59510 Lippetal-Herzfeld

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

Name	Vorname	Geb. Datum
------	---------	------------

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Telefonnummer	Mobil	E-Mail
---------------	-------	--------

Die Grundlage für die Behandlung ist der ausgefüllte Anamnesefragebogen.

Ich biete Ihnen als Osteopathin und Heilpraktikerin osteopathische Behandlungen an.

Für eine osteopathische Behandlung erlaube ich mir nach GebüH (Gebührenordnung für Heilpraktiker) eine Summe von **85,00€** in Rechnung zu stellen.

Sollten Sie verhindert sein, sagen Sie Ihre Termine bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Andernfalls muss ich Ihnen ausgefallene Termine privat in Rechnung stellen.

Nach privater Sonderregelung gesetzlicher Krankenkassen erstattet Ihre Versicherung einen gewissen Anteil der Behandlung nach Einreichung der Rechnung und einer privaten formlosen Verordnung eines Arztes über osteopathische Behandlungen.

Bitte legen Sie hiermit fest, ob Sie Ihre Rechnung

- als formloses Rezept „Osteopathie“ oder
- über Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis (GebüH) für Heilpraktiker wünschen.

Eine spätere Änderung ist leider nicht möglich.

Lippetal, _____

Datum und Unterschrift

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