



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
- _____ mal/Woche 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

