



Mario Diekel

Physiotherapeut & Heilpraktiker
Weststr. 54
49477 Ibbenbüren
Telefon: 05451/745152
FAX: 05451/5435700
E-Mail: email@praxis-diekel.de

Name _____

Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Geburtstag _____ Familienstand _____

Anzahl und Alter der Kinder

Aktueller Beruf und frühere Berufe, Zeiträume der Berufe

Bewegungsverhalten im Beruf und Dauer in Stunden (z.B. Sitzen, Stehen, Laufen)

Freizeitverhalten/Hobbys/Sport

Hausarzt _____

Versicherung _____

Größe _____ Gewicht _____ BMI _____

Rechtshänder

Linkshänder

Worüber wurden Sie auf mich aufmerksam (Internet, Empfehlung, Autowerbung, etc.)?

Name _____

Regelmäßige Einnahme (Medikamente/Vitamine/Hormone/etc.)

Familiäre Vorerkrankungen (Eltern, Geschwister)

Nikotin/Zigaretten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wieviele pro Tag?	_____
Drogen/Betäubungsmittel	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Regelmäßiger Alkoholkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wieviel pro Tag?	_____
Entzugstherapie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Sind Sie schwanger?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Bisherige Therapien/Behandlungsformen

Für Privatpatienten, Patienten mit Beihilfe oder gesetzlich Versicherte mit Zusatzversicherung gibt es verschiedene Leistungspositionen, für welche die Versicherungen die Kosten übernehmen. Bitte schauen Sie in Ihrem Vertrag nach oder klären vorab die Kostenübernahme direkt mit Ihrer Versicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen keine Heilpraktikerleistungen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlungskosten, auch im Falle einer Nichterstattung durch die Versicherung, in vollem Umfang durch mich zu bezahlen sind.

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können in Rechnung gestellt werden.

Datum _____

Unterschrift _____