



# PATIENTENFRAGEBOGEN

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Plz/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

## Krankenversicherung

☐ Gesetzlich Versichert

☐ Privat Versichert

## mit Beihilfe versichert

☐ Ja

☐ Nein

## Zusatzversicherung

☐ Ja

☐ Nein

\_\_\_\_\_  
Krankversicherung

## Was ist der Grund für Ihren Besuch?

☐ Ich habe **keine** Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen Gründen hier.

☐ Ich habe aktuell Beschwerden. Bitte hier angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# DIMI.DE THERAPY

ganzheitliches Gesundheitsstudio

**Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung oder haben selbst etwas dagegen unternommen?**

☐

Nein

☐

Wenn ja, wo/was: \_\_\_\_\_

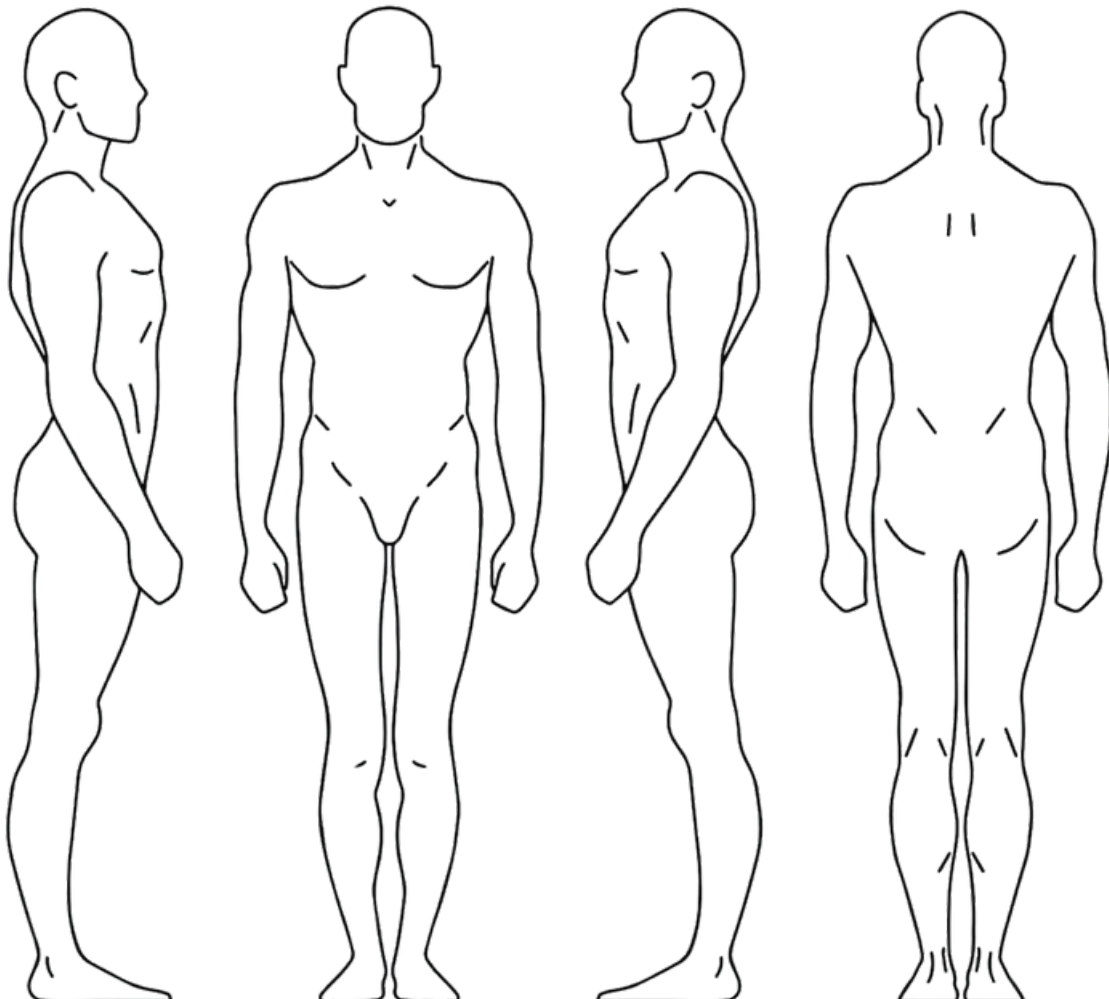
**Wann treten die Beschwerden auf? Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die diese hervorrufen?**

\_\_\_\_\_

**Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die eine Besserung der Beschwerden bewirken?**

\_\_\_\_\_

**Bitte markieren Sie ihre schmerzhaften Regionen**





# DIMI.DE THERAPY

ganzheitliches Gesundheitsstudio

**Gibt es in Ihrem Leben folgende Ereignisse? Bitte ankreuzen, Art und Datum angeben.**

- ☐ Unfall      ☐ Operationen/Knochenbrüche \_\_\_\_\_
- ☐ Krebs oder Tumore \_\_\_\_\_
- ☐ Autoimmunkrankheiten      ☐ Gefäßerkrankungen

## Psychotherapeutische Themen

- ☐ Traumatische Erlebnisse (Scheidung, Trauerfall, in der Kindheit, o.Ä.)
- ☐ Depressionen, Angststörung, o.Ä.      ☐ Stress, Sorgen, Burn Out, innere Unruhe

## Gift-/ Schadstoffquellen

- ☐ Amalgamfüllungen      ☐ Kontrastmittel MRT      ☐ Rauchen und Alkohol
- ☐ Impfungen, **wenn ja welche?** \_\_\_\_\_

**Leiden Sie derzeit an einer der folgenden Störungen von Stoffwechsel, Hormonsystem oder innerer Organe:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus          | <input type="checkbox"/> Cushing Syndrom  |   |
| <input type="checkbox"/> Störungen der Schilddrüse  | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung                  |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebennieren | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Epilepsie        | <input type="checkbox"/> Schlaganfälle                            |
| o.Ä.: _____   |   |   |

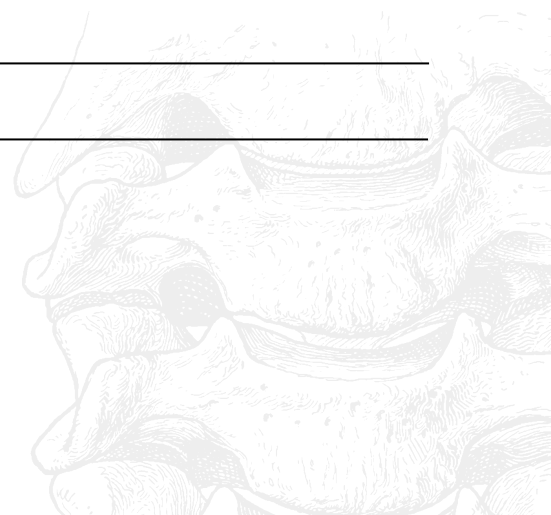
## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Blutverdünner, Schmerzmittel, L-Thyroxin, Entzündungshemmer, Cortison o.Ä.) oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

- ☐ **Wenn ja, welche:** \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Schwangerschaft

- ☐ Ich bin Schwanger      ☐ Ich bin **nicht** Schwanger





### Zeigen Sie eines der genannten Symptome?

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leistungsabfall | <input type="checkbox"/> Herzrasen / Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Urinveränderung    |  |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck             | <input type="checkbox"/> Stuhlveränderungen |  |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit                | <input type="checkbox"/> Erhöhte Temperatur | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Brain Fog       | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit               |   |  |

### Allergien und Unverträglichkeiten

- |   |                                    |                                     |                                    |                                       |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Metalle  | <input type="checkbox"/> Hausstaub | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wie bspw. Histaminunverträglichkeit |                                    |                                     |                                    |                                       |

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

### Dürfen bei der Behandlung Videoaufnahmen zu Schulungszwecken gemacht und/oder auf unseren Social Media Plattformen veröffentlicht werden?

- ☐ Ja    ☐ Nein

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

### Einwilligungserklärung gemäß DSGVO in die Verarbeitung von Daten

Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung, Dokumentation und Abrechnung (nach § 630 Abs. 1 BGB) ein. Die Daten können nur von berechtigten Personen eingesehen und bearbeitet werden. Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, bzw. nicht erfolgen kann. Zu diesen Zwecken können Ihre Daten an die Abrechnungsfirma weitergegeben werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann. Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen sowie die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung der Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift

# BEFUNDUNG

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

HWS-Sicherheitstest o.B ☐ Ja ☐ Nein

## Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---