



**DIMI.DE THERAPY**

ganzheitliches Gesundheitsstudio

# PATIENTENFRAGEBOGEN

---

Vorname

---

Straße

---

Telefon

---

Geburtsdatum

---

Hausarzt

---

Nachname

---

Plz/Ort

---

Email

---

Beruf

**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:

---

---

---



**DMI.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: \_\_\_\_\_

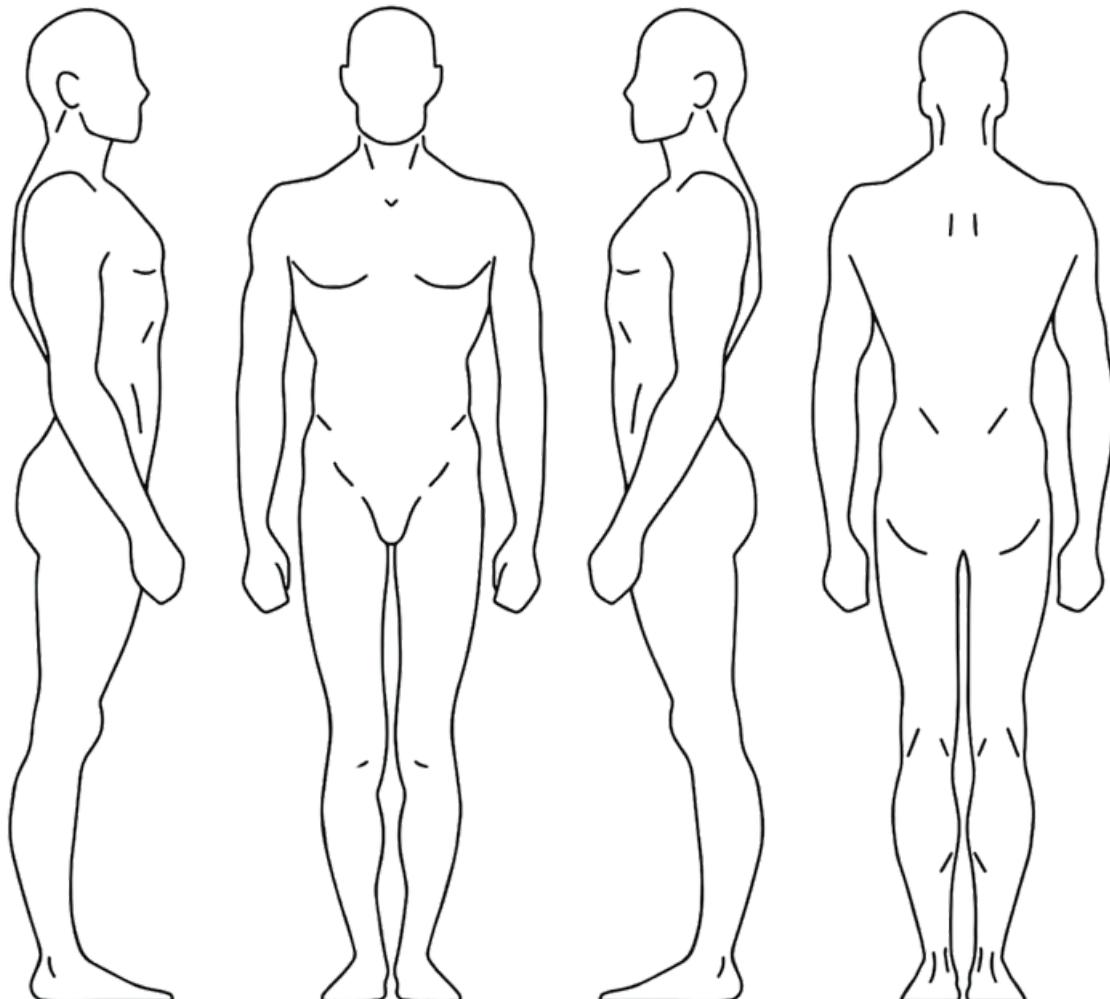
**Wann treten die Beschwerden auf? Gibt es bestimmte Tätigkeiten, die diese hervorrufen?**

---

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

---

**Bitte markieren Sie ihre schmerhaften Regionen**





## 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       Kontrasmittel MRT       Rauchen und Alkohol
- Impfungen, **wenn ja welche?** \_\_\_\_\_

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

- Diabetes Mellitus       Cushing Syndrom
- Störungen der Schilddrüse       Nierenerkrankung       Fettstoffwechselstörung
- Erkrankung der Nebennieren       Lebererkrankung       Gicht       Allergien
- Bluthochdruck       Epilepsie      o.Ä.: \_\_\_\_\_       Schlaganfälle

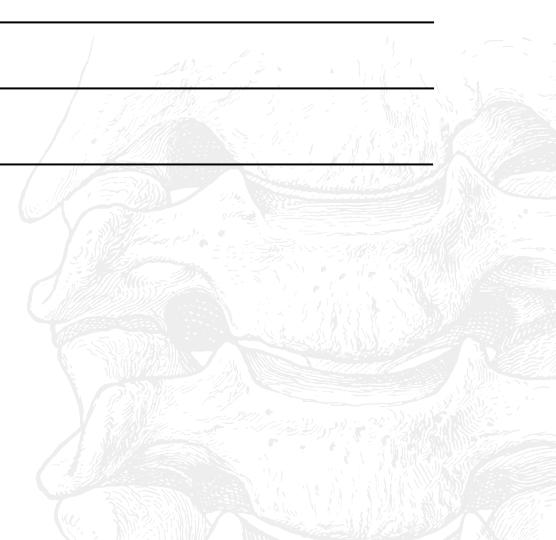
## Medikamente

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?

- Leistungsabfall    Herzrasen / Herzrhythmusstörung    Urinveränderung  
 Bluthochdruck    Niedriger Blutdruck    Stuhlveränderungen  
 Gewichtsverlust    Appetitlosigkeit    Erhöhte Temperatur    Schlafstörungen  
 Brain Fog    Antriebslosigkeit

## Allergien und Unverträglichkeiten

- Metalle    Hausstaub    Penicillin    Tierhaare    Heuschnupfen  
 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 erhebt, 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