

KÖRPERMANUFAKTUR

KUNDENFRAGEBOGEN

Vorname

Nachname

PLZ/Ort

Straße

Geburtsdatum

Telefonnummer

Beruf/Tätigkeit

Versicherung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

1. Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches?

Ich habe keine Beschwerden, ich möchte eine prophylaktische Behandlung

Meine Hauptbeschwerden sind:

2. Haben Sie Schmerzen?

Ja

Nein

3. Seit wann bestehen die Beschwerden?

Meine Beschwerden sind akut, seit:

Meine Beschwerden sind chronisch, seit:

KÖRPERMANUFAKTUR

KUNDENFRAGEBOGEN

4. In welchem Schema treten die Beschwerden auf?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | <input type="checkbox"/> bei Bewegung | <input type="checkbox"/> morgens |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßig | <input type="checkbox"/> in Ruhe | <input type="checkbox"/> mittags |
| <input type="checkbox"/> Permanent | <input type="checkbox"/> nach Bewegung | <input type="checkbox"/> abends/nachts |

5. Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung?

- Ja Nein

Die Behandlung erfolgte bei:

6. Waren oder sind Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in therapeutischer Behandlung?

- Ja Nein

Die Behandlung erfolgte bei:

7. Gab es in Ihrer Vergangenheit folgende Ereignisse?

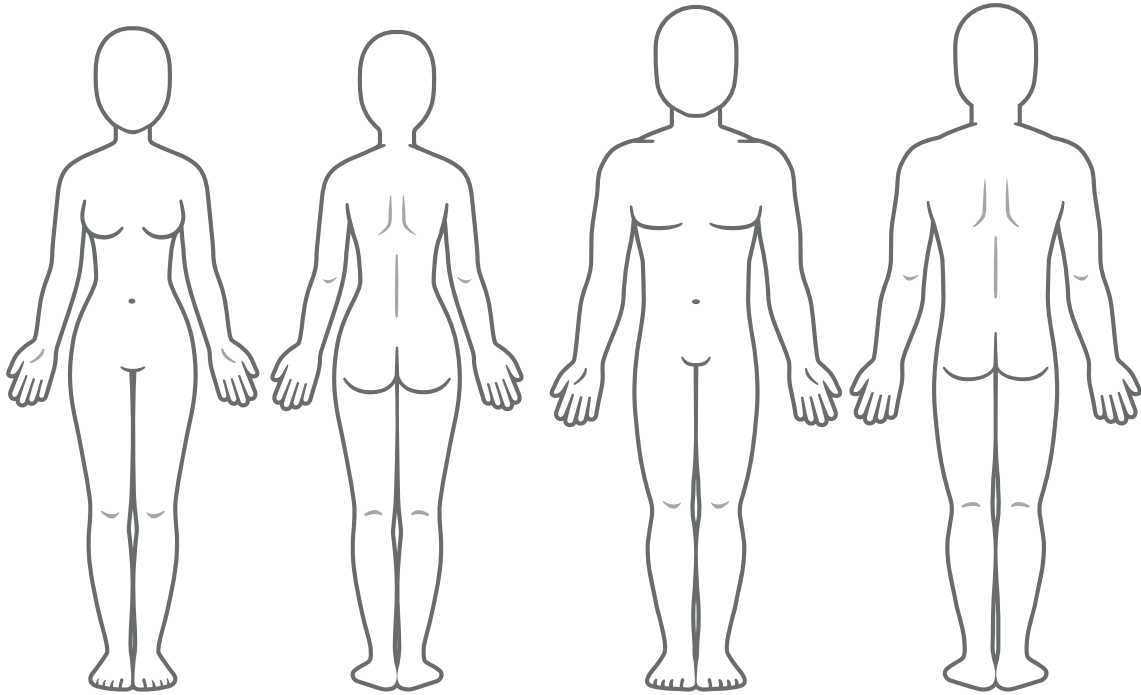
Unfälle:

Operationen:

KÖRPERMANUFAKTUR

KUNDENFRAGEBOGEN

8. Bitte markieren Sie Ihre schmerzhaften Regionen



Bitte die schmerzhaften Regionen markieren und auf einer Schmerzskala von **0** (schwach) bis **10** (sehr stark) beschriften.

9. Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

KÖRPERMANUFAKTUR

KUNDENFRAGEBOGEN

10. Ihre medizinische Vorgeschichte:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Bindegewebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Gallensteine | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Gelenkprothesen | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen | <input type="checkbox"/> M. Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Nierensteine | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> M. Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Rheuma/ Arthritis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Sodbrennen | <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose |
| <input type="checkbox"/> Taubheit | <input type="checkbox"/> Thromboseneigung | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> unklarer Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme |

11. Was verbessert bzw. verschlechtert Ihre Beschwerden?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktivität | <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Liegen |
| <input type="checkbox"/> Sitzen | <input type="checkbox"/> Aufstehen vom Sitzen | <input type="checkbox"/> Gehen |
| <input type="checkbox"/> Heben/tragen | <input type="checkbox"/> Überkopfarbeit | <input type="checkbox"/> Hobby/Sport |

KÖRPERMANUFAKTUR

KUNDENFRAGEBOGEN

12. Wurden Sie hinsichtlich Ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

Röntgen

MRT (Magnetresonanztomographie)

Ultraschall

CT (Computertomographie)

13. Leiden Sie unter Schlaf- und Durchschlafstörungen?

Ja

Nein

14. In welcher Position schlafen Sie meistens?

Rücken

Bauch

Seite

15. Benutzen Sie folgende Hilfsmittel für die Füße?

Einlagen

Absatzerhöhungen

links _____ mm

rechts _____ mm

16. Sind oder waren Sie schwanger?

Ja

Nein

Wie oft waren Sie schon schwanger?

Sind Sie aktuell schwanger?

KÖRPERMANUFAKTUR

KUNDENFRAGEBOGEN

17. Machen Sie Sport?

 Ja Nein Wenn ja, welchen?

 Wenn ja, wie oft?

18. Konsumieren Sie folgende Genussmittel, und wie oft?

 Kaffee Anzahl pro Tag

 Tee Anzahl pro Tag

 Alkohol Anzahl pro Tag

 Nikotin Anzahl pro Tag

19. Sonstiges

KÖRPERMANUFAKTUR

KUNDENFRAGEBOGEN

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass alle Leistungen, die in der KÖRPERMANUFAKTUR erbracht werden, Ihnen privat in Rechnung gestellt werden. Dabei orientieren wir uns nach den Tarifen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Gebüh). Bitte beachten Sie, dass Krankenkassen die Behandlungskosten nicht grundsätzlich in vollem Umfang erstatten. Dies ist abhängig an welchen verschiedenen Sätzen sich die Krankenversicherung orientiert. Für eine volle Erstattung übernimmt die KÖRPERMANUFAKTUR daher keine Gewähr.

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Die im Kundenfragebogen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtstag, Gesundheitszustand, die alleine zum Zweck der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses und der Behandlung notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mich die KÖRPERMANUFAKTUR per E-Mail, WhatsApp und/oder Telefon kontaktieren darf, um mit mir Termine zu vereinbaren, mich an diese zu erinnern, zu verschieben oder abzusagen.
- Ich willige ein, dass mich die KÖRPERMANUFAKTUR per E-Mail, WhatsApp und/ oder Telefon kontaktieren darf, um mich über Leistungen zu Informieren und für die Behandlung notwendige, Informationen abzusprechen.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berechtigung, Widerspruch und Löschung

Sie sind gemäß §15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der KÖRPERMANUFAKTUR, umfangreiche Auskunftserteilung zu den von Ihrer Person gespeicherten Daten zu erlangen.

Gemäß §17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der KÖRPERMANUFAKTUR die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie haben darüber hinaus jederzeit ohne Angaben von Gründen das Recht, von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch zu machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung auf die Zukunft abzuändern oder ganzheitlich zu widerrufen.

Datum/Ort

Unterschrift