

# KÖRPERMANUFAKTUR

## KUNDENFRAGEBOGEN

Vorname

Nachname

PLZ/Ort

Straße

E-Mail Adresse

Telefonnummer

Geburtsdatum

Beruf

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Versicherung

### 1. Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches?

Ich habe keine akuten Beschwerden, ich möchte eine prophylaktische Behandlung

Meine Hauptbeschwerden sind:

---

---

---

### 2. Seit wann bestehen Ihre Beschwerden?

Mein Beschwerden sind akut seit: \_\_\_\_\_

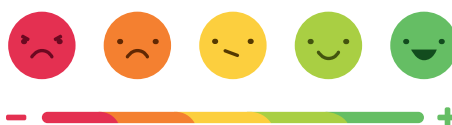
Mein Beschwerden sind chronisch seit: \_\_\_\_\_

### 3. Verursachen Ihre Beschwerden Schmerzen?

Ja

Nein

Schmerzskala:



**4. In welchem Schema treten Ihre Beschwerden auf?**

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

**6. Was verbessert (+) bzw. verschlechtert (-) Ihre Beschwerden?**

- |                                 |                                             |                                   |
|---------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stehen | <input type="checkbox"/> Hobby/Sport        | <input type="checkbox"/> Kälte    |
| <input type="checkbox"/> sitzen | <input type="checkbox"/> körperliche Arbeit | <input type="checkbox"/> Wärme    |
| <input type="checkbox"/> liegen | <input type="checkbox"/> längeres Gehen     | <input type="checkbox"/> Bewegung |

**7. Waren Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in ärztlicher Behandlung?**

- Ja, die Behandlung erfolgte bei: \_\_\_\_\_
- Nein \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

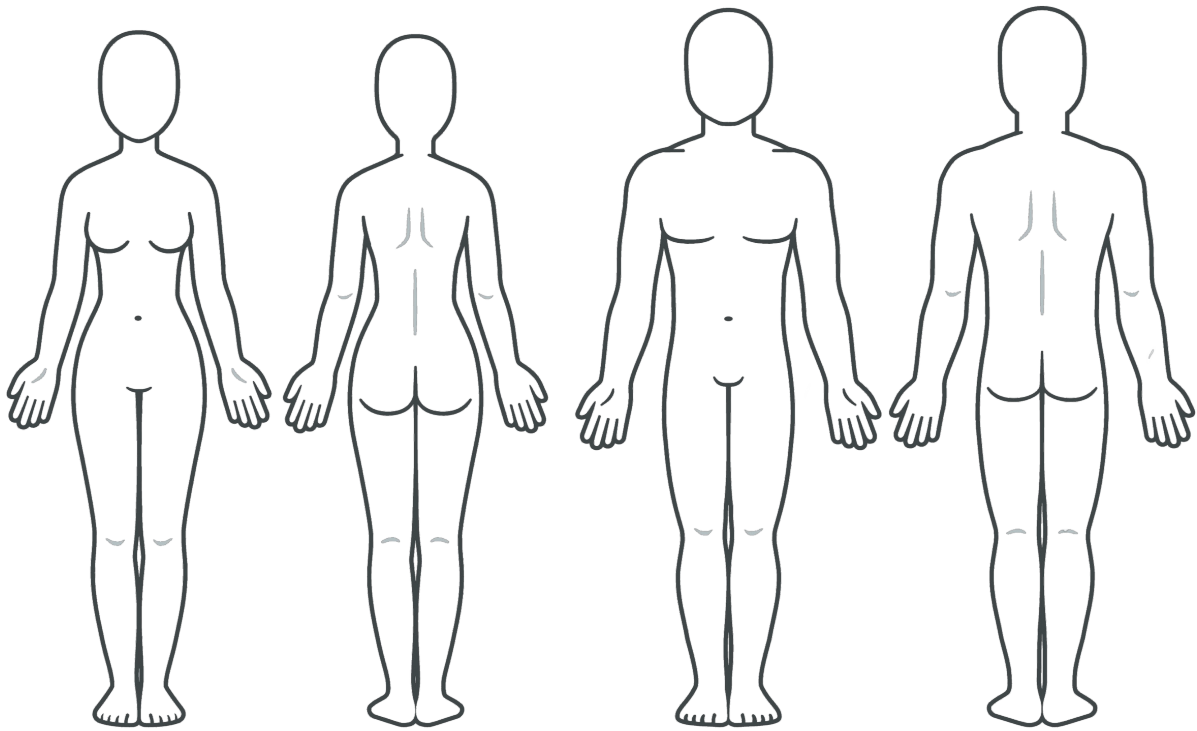
**8. Waren oder sind Sie bezüglich Ihrer Beschwerden in therapeutischer Behandlung?**

- Ja, die Behandlung erfolgte bei: \_\_\_\_\_
- Nein \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**9. Gab es in Ihrer Vergangenheit folgende Ereignisse?**

- Unfälle/Verletzungen: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Operationen/Eingriffe: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**10. Bitte markieren Sie die schmerzhaften Regionen**



Bitte die schmerzhaften Regionen markieren: ⚡

Bitte die Ausstrahlungsgebiete einzeichnen: ~~~~~

Schmerzskala von 0 (schwach) bis 10 (sehr stark) beschriften

**12. Nehmen Sie Medikamente ein?**

Ja       Nein

Wenn **ja**, welche?

---

---

---

#### 14. Leiden Sie an einer der nachfolgenden Krankheiten?

- |                                              |                                               |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allergien           | <input type="checkbox"/> Arthrose             | <input type="checkbox"/> Asthma                   |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck        | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung          |
| <input type="checkbox"/> Burnout             | <input type="checkbox"/> Depression           | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus        |
| <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"/> Lungenerkrankung    | <input type="checkbox"/> Migräne              | <input type="checkbox"/> Neurodermitis            |
| <input type="checkbox"/> Nierenstein         | <input type="checkbox"/> Osteoporose          | <input type="checkbox"/> Rheuma/Arthrose          |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma     | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme | <input type="checkbox"/> Schwindel                |
| <input type="checkbox"/> Sodbrennen          | <input type="checkbox"/> Spinalkanalstenose   | <input type="checkbox"/> Taubheit                 |
| <input type="checkbox"/> Thromboseneigung    | <input type="checkbox"/> Tinnitus             | <input type="checkbox"/> unklarer Gewichtsverlust |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme  | <input type="checkbox"/> _____                | <input type="checkbox"/> _____                    |

#### 15. Wurden Sie bezüglich Ihrer Beschwerden bildgebend untersucht?

- |                                                          |                                                   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Röntgen                         | <input type="checkbox"/> Ultraschall              |
| <input type="checkbox"/> MRT (Magnetresonanztomographie) | <input type="checkbox"/> CT (Computertomographie) |

#### 16. Leiden Sie unter Schlaf- und Durchschlafstörungen?

- Ja       Nein

#### 17. In welcher Position schlafen Sie meistens?

- Rücken       Bauch       Seite

#### 16. Benutzen Sie folgende Hilfsmittel für die Füße?

- Einlagen
- Absatzerhöhung       Links: \_\_\_\_\_ mm       Rechts: \_\_\_\_\_ mm

**17. Sind oder waren Sie schwanger?**

Ja       Nein

Wie oft waren Sie schon schwanger? \_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell Schwanger? \_\_\_\_\_

**18. Machen Sie Sport?**

Ja       Nein

Wenn **ja**, welchen? \_\_\_\_\_

Wenn **ja**, wie oft? \_\_\_\_\_

**19. Konsumieren Sie folgende Genussmittel, und wie oft?**

Kaffee, Anzahl am Tag \_\_\_\_\_

Softdrinks, Anzahl am Tag \_\_\_\_\_

Zigaretten, Anzahl am Tag \_\_\_\_\_

Alkohol, Anzahl am Tag \_\_\_\_\_

**20. Sonstiges**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# KÖRPERMANUFAKTUR

---

## Behandlungs- und Datenschutzvereinbarung

### §1 Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist eine physiotherapeutische & sek. Heilpraktische Behandlung des Patienten/in einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik- und Therapieverfahren. Es ist die Sorgfaltspflicht des Patienten/in, alle Unterlagen mitzubringen, die von differenzialdiagnostischem Nutzen für die Behandlung sind.

### §2 Aufklärung / Hinweise

(1) Die Behandlung ersetzt eine ärztliche Diagnose und Therapie nicht vollständig. Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, sei es aufgrund der Art der Erkrankung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wird sofort eine Weiterbehandlung durch einen Arzt/eine Ärztin veranlasst.

(2) Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernehmen keine Behandlungskosten von Heilpraktiker/innen.

(3) Versicherte bei privaten Krankenkassen mit Voll- oder Zusatzversicherung können einen Erstattungsanspruch ihrer Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben. Der Erstattungsanspruch gegenüber einem Kostenträger ist vor Beginn der Therapie von dem Patienten/der Patientin eigenverantwortlich zu klären und durchzuführen.

(4) Die Erstattungen der PKV oder ggf. der staatlichen Beihilfe sind in der Regel auf die Sätze des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker beschränkt. Etwaige Differenzen zwischen den Beträgen aus dem Gebührenverzeichnis und dem vertraglich vereinbarten Heilpraktiker-Honorar sind von dem Patienten/der Patientin zu tragen. Die Ergebnisse sämtlicher Erstattungsverfahren haben keinen Einfluss auf das vereinbarte Heilpraktiker-Honorar. Der Honoraranspruch des Therapeuten/der Therapeutin ist von dem Patienten/der Patientin unabhängig von jeglicher Versicherungsleistung und/oder Beihilfeleistung in voller Höhe zu begleichen.

### §3 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.

### §4 Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

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

- Ich willige ein, dass mich die Körpermanufaktur Wagner per E-Mail, WhatsApp und 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 Wagner per E-Mail, WhatsApp und Telefon kontaktieren darf.

# KÖRPERMANUFAKTUR

---

## Behandlungs- und Datenschutzvereinbarung

### § 5 Ausfallhonorar

Versäumen Patient/innen einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schulden Sie dem Heilpraktiker/der Heilpraktikerin ein Ausfallhonorar in Höhe des Betrages, der dem für den Termin reservierten Zeitfenster entspricht. Dies gilt nicht, wenn Patient/innen mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagen oder ohne ihr Verschulden am Erscheinen verhindert waren. Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer entstanden sei, bleibt hiervon unberührt, ebenso der Nachweis eines höheren Schadens durch den Heilpraktiker/die Heilpraktikerin. Eine Kürzung der Behandlungszeit aufgrund privater Gründe des Patienten/in bedingt keine Kürzung des zu leistenden Honorars.

### § 6 Schweigepflicht

Alle Mitarbeiter/innen unterliegen der Schweigepflicht. Im Falle eines Auskunftersuchens z.B. durch Kostenträger, Bezugspersonen oder Arzt/Ärztin muss der/die Heilpraktiker/in schriftlich durch den Patienten/die Patientin von der Schweigepflicht entbunden werden.

### § 7 Gerichtsstand

Meinungsverschiedenheiten sollten gütlich beigelegt werden. Beschwerden, Gegenvorstellungen oder abweichende Meinungen sollten immer schriftlich der anderen Partei vorgelegt werden. Bei Meinungsverschiedenheiten aus dem Behandlungsvertrag, die trotz beiderseitigen Bemühungen nicht gütlich beigelegt werden, ist der Gerichtsstand die Praxisanschrift.

### § 8 Schlussbestimmungen

Für diesen Behandlungsvertrag, bzw. dessen Durchführung gilt ausschließlich deutsches Recht. Abweichende Vereinbarungen zu diesem Behandlungsvertrag sind nur dann wirksam, wenn sie schriftlich vereinbart wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Therapeut