



Case history – Questionnaire

Please take your time to fill in this questionnaire and take it with you for your upcoming appointment.

PERSONAL DETAILS

FIRST NAME

LAST NAME

--	--

STREET

NUMBER

--	--

ZIP CODE

CITY

--	--

LANDLINE PHONE

CELL PHONE

--	--

E-MAIL

--

DATE OF BIRTH

PLACE OF BIRTH

BODY WEIGHT / HEIGHT

--	--	--

INSURANCE STATUS (SATUTORY / PRIVATE)

PROFESSION

--	--

HOW DID YOU FIND OUT ABOUT US?

--

Praxis für gesundes Leben
Heilpraktiker Nedelmann und Doll
Kastanienallee 4, 10435 Berlin
Tel.: +49 (0)30 3198 5291
Fax: +49 (0)30 3198 5292
mail@praxisfuergesundeleben.de
www.praxisfuergesundeleben.de

SYMPTOMS

UNDER WHICH PHYSICAL AND MENTAL COMPLAINTS DO YOU SUFFER AND FOR HOW LONG?

Prioritize your complaints from 1 - 8.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

WHICH MEDICAL EXAMINATIONS HAVE BEEN ALREADY CONDUCTED?

HOW MANY DOCTORS, THERAPISTS AND NATUROPATHS HAVE YOU ALREADY CONSULTED?

DO YOU TAKE MEDICATION AND / OR SUPPLEMENTS? IF SO, PLEASE LIST BELOW.

IF SO, HOW SUCCESSFUL WAS THE MEDICAL TREATMENT?

excellent good moderate poor extremely poor

WHAT HAPPENED JUST BEFORE THE OCCURENCE OF YOUR CURRENT SYMPTOMS?

a disease distress grief shock surgery skin rash

others: _____

WHICH TREATMENTS AGAINST YOUR COMPLAINTS HAVE YOU ALREADY RECEIVED?

WHAT DO YOU EXPECT FROM MY TREATMENT?

MEDICAL HISTORY

CHRONOLOGICAL MEDICAL HISTORY

Please note previous diseases and surgeries you experienced in the past.

WHICH DISEASES APPEARED IN YOUR FAMILY?

- | | | | | |
|--|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vascular diseases | <input type="checkbox"/> mental diseases | <input type="checkbox"/> proriasis | <input type="checkbox"/> veneral diseases | <input type="checkbox"/> cancer |
| <input type="checkbox"/> cardiac diseases | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> multiple sclerosis | <input type="checkbox"/> urathritis |
| <input type="checkbox"/> neurodermatitis | <input type="checkbox"/> tuberculosis | <input type="checkbox"/> rheumatism | <input type="checkbox"/> stroke | <input type="checkbox"/> asthma |
| <input type="checkbox"/> allergies | <input type="checkbox"/> epilepsy | <input type="checkbox"/> others: _____ | | |

DO YOU HAVE SCARS FROM SURGERY?

- yes no

DO YOU OFTEN SUFFER FROM COMMON COLDS?

- yes no

PERFORMANCE

LACK OF CONCENTRATION?

- yes no

TIREDFNESS AND EXHAUSTION?

- yes no

INCREASED IRRITABILITY

- yes no

HOW RESILIENT AND POWERFUL ARE YOU FEELING?

- a lot moderate not at all

DIET

HOW MUCH DO YOU DRINK DAILY?

WHAT DO YOU USUALLY DRINK?

WHICH FOODS DO YOU EAT?

- | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dairy products | <input type="checkbox"/> nuts | <input type="checkbox"/> sugar |
| <input type="checkbox"/> white flour products | <input type="checkbox"/> sweets | <input type="checkbox"/> meat |
| <input type="checkbox"/> eggs | <input type="checkbox"/> cake | <input type="checkbox"/> fish |

DIET

CRAVINGS FOR:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sweet | <input type="checkbox"/> meat |
| <input type="checkbox"/> sour | <input type="checkbox"/> eggs |
| <input type="checkbox"/> savory | <input type="checkbox"/> fruits |
| <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> nicotin |
| <input type="checkbox"/> salty | <input type="checkbox"/> alcohol |
| <input type="checkbox"/> spicy | |

AVERSION AGAINST:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sweet | <input type="checkbox"/> spicy |
| <input type="checkbox"/> sour | <input type="checkbox"/> meat |
| <input type="checkbox"/> savory | <input type="checkbox"/> eggs |
| <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> fat |
| <input type="checkbox"/> salty | <input type="checkbox"/> alcohol |

FOOD ALLERGIES TO:

ARE YOU FOLLOWING CERTAIN DIETARY GUIDELINES?

- yes no

IF SO, WHICH?

HAVE YOU BEEN BREAST-FED?

- yes no

DID YOU GET A NATURAL BIRTH?

- yes no

ARE YOU WILLING TO IMPROVE YOUR EATING HABITS WITH OUR SUPPORT?

- yes no

APARTMENT

WHAT'S THE CONDITION OF YOUR LIVING SITUATION?

- nearby cell masts
- nearby transmission line / traction current
- nearby creeks / rivers
- mould infestation
- WIFI
- wireless phones / DECT
- microwave

DID YOUR APARTMENT GET INSPECTED ON ELECTROSMOG?

- yes no

HOW IS YOUR SLEEPING AREA EQUIPPED?

- bedside lamp
- electronic devices standby
- wires under the bed
- integrated electric motor

SLEEP

HOW IS YOUR SLEEP?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> struggle sleeping in | <input type="checkbox"/> talking while sleeping |
| <input type="checkbox"/> frequent waking up at _____ | <input type="checkbox"/> night sweat |

SLEEP

HOW IS YOUR SLEEP

- urination at night - how often: _____
- insomnia
- restless legs

- hot feet
- teeth grinding
- dream recall: yes no

DO YOU FEEL LIKE GOING BACK TO SLEEP AROUND 10 OR 11 AM AFTER YOU WOKE UP?

- yes no

DO YOU FEEL ABLE STARTING THE DAY WITHOUT HAVING COFFEE?

- yes no

DO YOU (TRY TO) SLEEP BETWEEN 2 AND 4 AM?

- never / rarely sometimes always / often

ARE YOU LESS THAN 30 MIN AWAKE PER NIGHT? (INCLUDING FALLING ASLEEP AND WAKING UP)

- never / rarely sometimes always / often

ARE YOU SATISFIED WITH YOUR SLEEP?

- never / rarely sometimes always / often

DO YOU SLEEP BETWEEN 6 AND 8 HOURS PER NIGHT?

- never / rarely sometimes always / often

DO YOU STAY AWAKE DURING THE DAY WITHOUT NAPPING?

- never / rarely sometimes always / often

HEAD

DO YOU SUFFER FROM HEADACHES?

- never / rarely sometimes always / often

IN WHICH REGION DO YOU NOTICE THE HEADACHE?

- forehead / eyes / temples double-sided
- backhead moving from one side to the other
- one-sided: right left

WHAT CAUSES THE HEADACHE?

WHAT IMPAIRS THE HEADACHE?

WHAT IMPROVES THE HEADACHE?

TEETH / JAW

- frequent visits at the dentist
- complaints during toothing

DENTAL FILLINGS

- amalgam
- gold

HEAD

TEETH / JAW

- difficulties of wisdom teeth to break through
- root canal treatments
- dead teeth
- sensitive teeth to: hot cold

DENTAL FILLINGS

- titanium
- synthetic materials
- ceramic
- palladium

HAVE THE AMALGAM FILLINGS BEEN REMOVED?

- yes no
-

HAIR

- hair loss circular sporadic
- since: _____

EYES

- conjunctivitis
- short-sighted
- long-sighted
- others
- eye glasses since: _____

EARS

- pain left
 - pain right
 - pain double-sided
 - middle ear infection
 - deafness
 - tinnitus
 - ear pressure
-

NOSE

- surgeries discharges watery
 - hay-fever purulent
 - allergies to _____ mucous
 - obstructed nasal respiration frequent nasal sinusitis
 - blocked nose greenish
-

TONSILS

- frequent tonsillitis as a child
- surgeries today

THYROID

- hyperthyroidism surgeries
- hypothyroidism others: _____
- enlarged
- nodes

CHEST / ABDOMEN / BACK

BREAST GLAND

- complaints
- nodes
- surgeries

HEART

- complaints
- sharp pain
- pressure
- heart attack
- tightness
- rhythm disturbances
- hypertension

LUNGS

- bronchitis
- frequent coughing
- shortness of breath

LIVER

- inflammation
- hepatitis
- others: _____

GALL BLADDER

- stones
- colics
- surgeries
- pressure in the upper abdomen
- fat intolerance

STOMACH

- eructation / heartburn
- bloatedness
- gastritis
- lack of appetite
- food allergies

BACK

- pain
- lumbago
- tension
- herniated disc
- sciatica
- scoliosis

KIDNEY & BLADDER

- kidney stones
- inflammation
- frequency: _____

URINE

- often
- little
- normal
- can't control urination
- smells like: _____

INTESTINES

- infections
- haemorrhoides
- bloating
- appendectomies
- flatulence

BOWEL MOVEMENT

- daily
- every other day
- irregular
- smells like _____
- tendency to constipation
- tendency to diarrhea
- can't control defecation
- feeling of not getting finished

STOOL COLOR & CONSISTENCY

- light
- dark
- solid
- bulbous
- soft

ARMS

- injuries
- pain
- tennis elbow
- tingle
- cold hands

LEGS

- pain
- varicose veins
- surgeries
- injuries
- cold feet
- tingle
- numbness

SKIN & NAILS

- burn injuries
- scars
- itching
- warts
- fungi
- allergies to: _____

GYNECOLOGICAL / URULOGOCAL AREA

GYNECOLOGICAL - DISCHARGE

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> none | <input type="checkbox"/> white | <input type="checkbox"/> acrid |
| <input type="checkbox"/> heavy | <input type="checkbox"/> yellow | <input type="checkbox"/> stains underwear |

GYNECOLOGICAL - MENSES

When was your first menses?

When was the last menses?

bleedings are:

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> light | <input type="checkbox"/> clumpy | <input type="checkbox"/> regular |
| <input type="checkbox"/> dark | <input type="checkbox"/> brown | <input type="checkbox"/> irregular |

GYNECOLOGICAL - CONTRACEPTION

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> birth-controll pill | <input type="checkbox"/> hormonal spiral | <input type="checkbox"/> others: _____ |
| <input type="checkbox"/> copper spiral | | |

GYNECOLOGICAL - OTHERS

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> pain | <input type="checkbox"/> births: amount: _____ | <input type="checkbox"/> myomas |
| <input type="checkbox"/> ovarian inflammation | <input type="checkbox"/> abortion | <input type="checkbox"/> venereal diseases |
| <input type="checkbox"/> scraping | <input type="checkbox"/> tumors | |
| <input type="checkbox"/> miscarriage | <input type="checkbox"/> cysts | |

GYNECOLOGICAL / URULOGICAL AREA

URULOGICAL AREA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> prostate enlargement | <input type="checkbox"/> others: _____ |
|---|--|

SEXUALITY

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> lowered | <input type="checkbox"/> normal |
| <input type="checkbox"/> increased | <input type="checkbox"/> complaints during intercourse |

EMOTIONS

FEAR / FEELINGS OF GUILT / CONFLICTS yes no

DO YOU EXERCISE REGULARLY? yes no

HOW OFTEN DO YOU EXERCISE?

DO YOU SWEAT EASILY? yes no

DO YOU SWEAT AT NIGHT? yes no

IF SO, IN WHICH BODY AREA?

HOW DOES THE SWEAT FEEL cold warm

DO YOU FEEL COLD EASILY? yes no

cold hands cold feet

DO YOU HAVE A PARTNER? yes no

HOW WOULD YOU DESCRIBE THE RELATIONSHIP TO YOUR PARTNER? excellent good

moderate poor

HOW WOULD YOU DESCRIBE THE RELATIONSHIP TO YOUR PARENTS? excellent good

moderate poor

HOW HAPPY ARE YOU FROM 1 - 10?

1 not at all 10 super happy

INFECTIONS

WHAT KIND OF INFECTIONS DID YOU EXPERIENCE?

measles mumps rubella pertussis chicken pox tuberculosis syphilis

scarlet tetanus polio malaria salmonellosis dysentery kissing disease

gonorrhoea tropic diseases

HAVE THESE ILLNESSES BEEN TREATED WITH ANTIBIOTICS? yes no

IF SO, WHICH ONES HAVE BEEN USED?

VACCINATION

WHICH VACCINATIONS DID YOU RECEIVE?

tuberculosis polio yellow fever

diphtheria measles hepatitis

tetanus mumps small pox

HIB rubella influenza

pertussis cholera others:

DID YO EXPERIENCE REACTIONS TO VACCINATIONS?

fever

cramps

restlessness

insomnia

behavioral changes

Name und Vorname Patient:

geb. am:

Telefon:

Adresse

Versicherungsstatus

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich einverstanden mit der

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen durch meine/n Behandlerin/Behandler an die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv);
- Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen jeweils erforderlichen Informationen, insbesondere Daten aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Leistungsziffern, Beträge, Befunde, Diagnosen) durch meine/n Behandlerin/Behandler an mediserv und der dortigen Datenverarbeitung und entbinde meine/n Behandlerin/Behandler insoweit von ihrer/seiner Schweigepflicht;
- möglichen Übermittlung personenbezogener Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift) durch mediserv an Auskunftsteil (infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden sowie die WID Wirtschafts-Informations-Dienst GmbH, Schwägrihenstr. 3, 04107 Leipzig u. a.) zwecks Einholung von Informationen zur Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit und entbinde die Mitarbeiter der mediserv insoweit von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mediserv die Leistungen meiner Behandlerin/meines Behandlers mir gegenüber im eigenen Namen in Rechnung stellen und für eigene Rechnung einziehen wird.

Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann die Behandlerin/der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeugin/Zeuge gehört werden. Ich entbinde meine/n Behandlerin/Behandler sowie die Mitarbeiter der mediserv gegenüber den Beteiligten eines ggf. durchzuführenden Mahn- oder Streitverfahrens von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass meine Behandlung nicht von der Zustimmung zur vorbeschriebenen Verfahrensweise abhängt. Meine Zustimmung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der auf Grundlage meiner Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Wird die Erklärung als Sorgeberechtigte/r eines Minderjährigen abgegeben, so versichere ich, dass auch der/die weitere Sorgeberechtigte mit den vorangehenden Regelungen einverstanden ist.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Gesetzlicher Vertreter:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse (falls abweichend)

Liebe Patientin, lieber Patient,

um mehr Zeit für Ihre Behandlung und Betreuung zu haben, halten wir unseren Verwaltungsaufwand möglichst gering. Daher übertragen wir die Abrechnung an unseren Partner: **mediserv Bank GmbH** (nachfolgend: mediserv), 66094 Saarbrücken.

Für alle Fragen zur Abrechnung erreichen Sie bei mediserv kompetente Ansprechpartner:

Tel.: 06 81 / 4 00 07 89 E-Mail: service@arztrechnung.de
Fax: 06 81 / 4 0 00 76 Internet: www.arztrechnung.de

Die Mitarbeiter der mediserv unterliegen gemäß § 203 StGB der Schweigepflicht. mediserv verarbeitet Patientendaten mit höchster Sorgfalt und absoluter Vertraulichkeit gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für das Verfahren benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung umseitiger Erklärung.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,
Ihre Praxis / Klinik

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 sowie 14 DSGVO

Die mediserv Bank GmbH (nachfolgend: mediserv) verarbeitet personenbezogene Daten im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO sowie des BDSG.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

Verantwortliche Stelle: mediserv Bank GmbH, 66094 Saarbrücken, Geschäftsführer: Björn Clüßerath und Henrik Hamm.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der mediserv ist unter o. g. Anschrift -Abteilung Datenschutz- oder per E-Mail unter datenschutz@mediserv.de erreichbar. Eine unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail kann Sicherheitslücken aufweisen und ein lückenloser Schutz vor Zugriffen Dritter ist nicht möglich.

2. Zwecke der Datenverarbeitung durch mediserv

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung von Forderungen aus Heilbehandlung.

3. Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

mediserv verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der DSGVO. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Art. 6 Abs. 1 lit a (Einwilligung) sowie ergänzend Art. 6 Abs. 1 lit c (notwendig zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung) der DSGVO. Einwilligungen, einschließlich solcher Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden, können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Der Widerruf Ihrer Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

4. Herkunft der Daten

mediserv verarbeitet Daten, so wie diese durch den zur Übermittlung von Daten ermächtigten Heilberufsangehörigen mitgeteilt werden; daneben können durch mediserv zwecks Bonitätsprüfung Daten von Auskunftsteilen herangezogen werden.

5. Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen, Leistungsziffern und Beträge und durch Auskunftsteile mitgeteilte Informationen zu vorangegangenen vertragswidrigen Zahlungsverhalten (Informationen über unbestrittene, fällige und

mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung, Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen)

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Auskunftsteile ausschließlich zum Zwecke der Bonitätsprüfung; staatliche Stellen sowie mit staatlichen Aufgaben und öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestattete privatrechtliche Stellen, soweit dies durch zwingend zu beachtende gesetzliche oder verwaltungsrechtliche Vorschriften oder durch staatliche Anordnung vorgegeben ist.

7. Dauer der Datenspeicherung

mediserv speichert personenbezogene Daten nur für einen bestimmten Zeitraum. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieses Zeitraums ist die Erforderlichkeit der Datenspeicherung zur Erreichung des vereinbarten Zwecks. Dabei werden handels- und steuerrechtliche sowie bankaufsichtsrechtliche Aufbewahrungsfristen in die Beurteilung der Zweckerreichung einbezogen. Danach kann die Speicherdauer zu bestimmten Daten bis zu zehn Jahre nach Beendigung der Geschäftsbeziehung betragen.

8. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber mediserv das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für mediserv zuständige Aufsichtsbehörde, das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, zu wenden. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber mediserv widersprochen werden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber mediserv widerrufen werden. Wollen Sie Ihr Recht auf unentgeltliche Auskunft nach Art. 15 DSGVO über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger oder Kategorien von Empfängern sowie den Zweck der Speicherung geltend machen, so teilen Sie uns bitte Name, Vorname(n), Geburtsdatum sowie aktuelle Anschrift mit, damit wir eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person vornehmen können. Die Auskunft werden wir Ihnen sodann schriftlich erteilen.