

**Christoph-Dornier-Klinik GmbH**

Tibusstraße 7 – 11  
48143 Münster  
Telefon 0251 / 4810-0  
Telefax 0251 / 4810-144  
Info@christoph-dornier-klinik.de  
www.christoph-dornier-klinik.de

## Eingangsfragebogen

Es freut uns, dass Sie sich für unsere Klinik interessieren.

Die Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie ist ein privates Akutkrankenhaus (ohne Notaufnahme). Aufgenommen werden insbesondere **privatversicherte, beihilfeberechtigte** sowie **selbstzahlende Patient:innen**.

Außerdem behandeln wir viele **gesetzlich versicherte Patient:innen**, meist im Rahmen einer Einzelfallentscheidung. Dies bedeutet, dass auch gesetzliche Versicherer im Einzelfall bereit sind, sich an den Kosten der Therapie zu beteiligen oder diese komplett zu übernehmen. Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass diese Kostenübernahmen durch gesetzliche Krankenkassen in der Regel nur dann erfolgen, wenn bereits vorherige nicht zielführende Behandlungen stattgefunden haben oder ein fortgeschrittener Krankheitsverlauf vorliegt, insbesondere bei Essstörungen. Gerne informiert Sie unser Team des Patientenmanagements hierzu auch im Vorfeld unter 0251/4810-142 oder -143.

Um Ihnen bestmöglich weiterhelfen zu können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Fragen zu Ihrer persönlichen Lebenssituation und zu den Problembereichen, die Sie veranlasst haben, sich an uns zu wenden. Diese Informationen helfen uns einzuschätzen, ob eine Therapie in unserer Klinik hilfreich sein könnte. In diesem Fall würden wir Sie gerne in einem nächsten Schritt zur weiteren Abklärung zu einem Erstgespräch per Video oder vor Ort in der Klinik einladen.

Es ist wichtig, dass Sie den Fragebogen möglichst vollständig und alleine ausfüllen, ohne andere Personen um ihr Urteil oder ihre Meinung zu bitten. Falls Sie möchten, können Sie weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen. Wenn Ihnen eine Frage zu persönlich ist und Sie darauf nicht antworten möchten, können Sie die Frage einfach durchstreichen.

Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben von uns streng vertraulich behandelt. Um die Lesbarkeit Ihrer Antworten sicherzustellen, schreiben Sie bitte in **Druckbuchstaben**.

Vielen Dank.

**Ärztliche Leitung**

PD Dr. med. Eva Nadine Striepens

**Psychotherapeutische Leitung**

Dipl.-Psych. Vera Frühauf

**Geschäftsführung**

Margherita Dornier

Amtsgericht Münster

HRB 3945

USt-IdNr.: DE157320915

Mit Beteiligung und Unterstützung des  
Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) e.V.

## Teil 1: Angaben zur Person

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_
2. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
3. Geschlecht:  m  w  d
4. Familienstand: \_\_\_\_\_
5. Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Kontaktmöglichkeiten:  
privat: \_\_\_\_\_  
dienstl.: \_\_\_\_\_  
mobil: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_
- Unter welcher der o.g. Nummern könnte auch eine Nachricht hinterlassen werden?  
\_\_\_\_\_
7. Krankenkasse:  gesetzlich  privat  
Name und Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_
8.  beihilfeberechtigt  
Name und Anschrift der Beihilfestelle: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Beihilfenummer: \_\_\_\_\_
- private Zusatzversicherung  
Name und Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Schulabschluss: \_\_\_\_\_
10. Ihr derzeitiger Beruf: \_\_\_\_\_

## Teil 2: Angaben zu Ihrer Gesundheit

11. Welcher der nachfolgenden Störungsbereiche trifft am ehesten auf Sie zu?  
(Mehrfachankreuzungen möglich)
- Angststörungen (auch Paruresis)
- Zwangsstörungen
- Depression
- Ess-Störungen
- Autismus-Spektrum-Störung, wenn ja, wo und wie wurde die Diagnose gestellt:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- ADHS
- Rückfall bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- Schlafstörungen
- Schmerzen
- Partner- und Sexualprobleme
- sonstiges: \_\_\_\_\_

12. Beschreiben Sie nun bitte in eigenen Worten Ihre *Hauptprobleme*, wegen derer Sie eine Behandlung bei uns wünschen:

---



---



---

13. Bestehen bei Ihnen körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?

---



---



---

14. Sind Sie aktuell durch diese Erkrankungen stark belastet und eingeschränkt?

nein     ja

15. Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten, z. B. gegen bestimmte Nahrungsmittel, Inhaltsstoffe oder Arzneimittel bekannt?

Wenn ja, welche:

gesichert / festgestellt durch:

---



---

16. Geben Sie bitte Namen und vollständige Adressen Ihrer *derzeitigen* behandelnden Psychotherapeuten und Ärzte an:

Name

Anschrift

Telefon

---



---



---

17. Wegen welcher Diagnosen waren Sie bisher in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung?

---



---

18. Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche *Medikamente* ein (sowohl verordnete als auch nicht verordnete)?

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie einnehmen. Geben Sie bitte in den dafür vorgesehenen Spalten den Namen des Medikaments, die Dosis (Menge) und die Zeit an, seit der Sie das Medikament einnehmen.

Medikament (Name)

Dosierung (Menge)

Seit wann?

---



---



---

19. Haben Sie *in der Vergangenheit* irgendwelche *Medikamente* wegen psychischer Beschwerden eingenommen?  nein  ja

Wenn ja: Geben Sie bitte alle Medikamente an, die Sie wegen psychischer Beschwerden eingenommen haben. Vermerken Sie in den dafür vorgesehenen Spalten bitte den Namen des Medikaments, die Dosierung (Menge) und von wann bis wann Sie das Medikament eingenommen haben.

Medikament (Name)	Dosierung (Menge)	Von wann bis wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

20. Nehmen Sie Medikamente zur Beruhigung ein?  nein  ja

Wenn ja, welche u. in welcher Dosierung? \_\_\_\_\_

21. Waren Sie wegen Ihrer jetzigen oder wegen früherer psychischer Probleme in *stationärer* Behandlung?

wo? \_\_\_\_\_ von wann bis wann? \_\_\_\_\_

wo? \_\_\_\_\_ von wann bis wann? \_\_\_\_\_

wo? \_\_\_\_\_ von wann bis wann? \_\_\_\_\_

### Teil 3: Angaben zu verschiedenen Problembereichen

Wie Sie wissen, werden in der Christoph-Dornier-Klinik unterschiedliche Störungen behandelt. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu diesen Problembereichen. Beantworten Sie bitte die Fragen zu *allen* Problembereichen, auch wenn Sie in dem einen oder anderen keinerlei Schwierigkeiten haben.

#### Angst

##### Panik

Ein Panik- bzw. Angstanfall besteht aus *plötzlich einsetzender intensiver* Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei treten häufig zur gleichen Zeit sehr unangenehme *körperliche Symptome* auf, wie z. B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.

22. Haben Sie einmal einen solchen *Angstanfall* erlebt, ohne dass eine tatsächliche Gefahr für Ihr Leben bestand?  nein  ja

Wenn ja, *wie häufig* treten diese Angstanfälle auf? \_\_\_\_\_

23. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie *vermeiden*, weil Sie fürchten, dass dabei ein solcher Angstanfall auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)?

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Paruresis

24. Haben Sie gelegentlich Schwierigkeiten in der Anwesenheit anderer Menschen zu urinieren und fühlen sich dadurch eingeschränkt?  nein  ja

### Generalisierte Ängste

25. Machen Sie sich übermäßige Sorgen?  nein  ja

26. Bitte listen Sie hier die Themen auf, über die Sie sich am häufigsten übermäßig und unkontrollierbar Sorgen machen:

a. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

e. \_\_\_\_\_ f. \_\_\_\_\_

### Angst vor dem Erbrechen (Emetophobie)

27. Haben Sie häufig Angst, sich selbst zu übergeben (unabhängig davon, ob alleine oder in der Anwesenheit anderer), oder dies bei anderen miterleben zu müssen?

nein  ja

### Zwang

28. Haben Sie schon einmal *wiederholt* länger andauernde *Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen* gehabt, die Ihnen, zumindest anfänglich, lästig oder unsinnig erschienen sind, z. B. die Vorstellung, sich zu beschmutzen oder zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun oder ein dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passiert sein könnte?

nein  ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Gedanken bitte:

---

---

---

29. Haben Sie jemals den Drang verspürt, irgendwelche Dinge *immer wieder tun zu müssen*, obwohl Sie dies selbst als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie beispielsweise mehrfach hintereinander die Hände zu waschen oder öfter hintereinander zu kontrollieren, ob Sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet haben, oder aber das Gefühl, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?

nein  ja

Wenn ja: Beschreiben Sie diese Handlungen bitte:

---

---

---

## Depressionen

30. Waren Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen nahezu jeden Tag *niedergeschlagen* oder *bedrückt* oder hatten *kein Interesse* bzw. *keine Freude* mehr an Dingen, Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

nein  ja

Wenn ja: Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle                      |
| <input type="checkbox"/> verminderter oder gesteigerter Appetit                    | <input type="checkbox"/> Konzentrationsverlust              |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf                    | <input type="checkbox"/> Entscheidungsunfähigkeit           |
| <input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit, ständig in Bewegung sein                   | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Gedanken an den Tod |
| <input type="checkbox"/> Verlangsamung der Bewegungen oder des Sprechens           | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken                 |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit oder Energieverlust                             | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch                  |
| <input type="checkbox"/> Gefühl der Wertlosigkeit                                  |   |

## Suizidalität / Selbstverletzungen

31. Leiden Sie auch gegenwärtig noch unter dieser niedergeschlagenen oder bedrückten Stimmung?

nein  ja

32. Haben Sie sich schon einmal absichtlich verletzt?  nein  ja

Wenn ja, a) Wie? \_\_\_\_\_ b) Wie oft? \_\_\_\_\_

c) In welchem Jahr haben die Selbstverletzungen begonnen? \_\_\_\_\_

d) Wann haben Sie ggf. aufgehört? \_\_\_\_\_

33. Haben Sie schon einmal einen Selbsttötungsversuch unternommen?

nein  ja  öfter wann? \_\_\_\_\_

## Schlaf

34. Haben Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?

nein  ja, beim Einschlafen  ja, beim Durchschlafen

## Schmerzen

35. Gab es Zeiten, in denen Sie über *mindestens sechs Monate* hinweg immer wieder Schmerzen hatten?  nein  ja

36. Empfinden Sie häufig so starke Schmerzen, dass es Ihnen schwerfällt, sich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren?  nein  ja

## Essverhalten

37. Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Derzeitiges Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

38. Bitte geben Sie nachfolgend Ihr höchstes und niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr an:
- höchstes: \_\_\_\_\_ kg                      im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- niedrigstes: \_\_\_\_\_ kg                      im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
39. Von *Essanfällen* spricht man, wenn in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge gegessen wird und man sich dabei dem Drang zu essen ausgeliefert fühlt. Haben Sie jemals einen solchen Essanfall erlebt?
- nein     ja
40. Führen Sie nach einem Essanfall Maßnahmen wie *Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten* durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen?
- nein     ja
- Wenn ja: Welche Maßnahmen führen Sie durch?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
41. Bemühen Sie sich, Ihr *Körpergewicht* unter einer bestimmten *Grenze* zu halten?
- nein     ja
- Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? \_\_\_\_\_ kg
42. Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### **Belastungen nach traumatischen Erlebnissen (PTSD)**

Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden, eine Katastrophe zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, sexuell bedrängt oder vergewaltigt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder schwer verletzt wird oder zu hören, dass einer Ihnen nahestehenden Person etwas Derartiges zugestoßen ist.

43. Haben Sie jemals irgendeines der Ereignisse aus der obigen Aufzählung erlebt?
- nein     ja (bitte unterstreichen Sie das Ereignis) wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: \_\_\_\_\_
44. Haben Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftreten und Ihnen durch den Kopf gehen, obwohl Sie nicht daran denken wollen?
- nein     ja
45. Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern könnten?
- nein     ja

46. Kreuzen Sie bitte an, ob eines oder mehrere der folgenden Symptome nach dem Erlebnis verstärkt aufgetreten sind!

- Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte des Ereignisses zu erinnern  
 Reizbarkeit oder Wutausbrüche  
 Konzentrationsschwierigkeiten  
 Erhöhte Schreckhaftigkeit  
 Ein- oder Durchschlafstörungen

### Störungen der Aufmerksamkeit und der Hyperaktivität (ADHS)

47. Fällt es Ihnen manchmal schwer, Alltagsaktivitäten zu planen und zu organisieren bzw. Dinge zu Ende zu bringen oder einem Gespräch zu folgen, weil Sie so schnell abgelenkt werden?

- nein     ja

48. Erleben Sie im Alltag starke Stimmungsschwankungen oder sind gelegentlich recht reizbar?

- nein     ja

49. Bestehen diese Schwierigkeiten schon seit Ihrer Kindheit?

- nein     ja            wenn ja, seit dem wievielten Lebensjahr: \_\_\_\_\_

### Autismus-Spektrum-Störung

50. Haben Sie Schwierigkeiten/Probleme in der sozialen Kontaktgestaltung (z. B. Schwierigkeiten beim Verständnis und bei der Umsetzung sozialer Regeln, Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, mangelnder Wunsch nach sozialem Kontakt?)     nein     ja  
Wenn ja: Welche?

---

---

Familie             Schule             Freundschaft             Arbeitsplatz

51. Haben Sie spezielle Interessen, die sehr zeitintensiv sind? (z: B. Computerspiele)

- nein     ja;    Wenn ja: Welche?

---

---

52. Gibt es Rituale und Routinen, die Sie täglich befolgen müssen? Wie gehen Sie mit Veränderungen dieser alltäglichen Rituale und Routinen um?

---

---

### Alkohol / Drogen

53. An *wie vielen Tagen* in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

---



54. *Wie viel* Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

---

55. Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie *mehr* Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?

nein     ja

Wenn ja: Wieviel Alkohol haben Sie *damals* getrunken?

\_\_\_\_\_ Wann war das? \_\_\_\_\_

56. Befanden Sie sich jemals in Ihrem Leben in *ambulanter oder stationärer* Behandlung wegen übermäßigen Alkoholkonsums (gemeint sind sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Behandlungen)?     nein     ja

Wenn ja: Geben Sie bitte für *alle* diesbezüglichen Behandlungen in den dafür vorgesehenen Spalten an, wo und wann diese stattfanden und wie lange Sie anschließend *abstinent* geblieben sind.

wo?	wann?	Abstinenzdauer?
-----	-------	-----------------

---



---



---

57. Haben Sie jemals Drogen (Haschisch, Kokain, Ecstasy, Heroin) genommen?  
(Während der Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik ist der Konsum von Drogen nicht gestattet!)  
 nein     ja

Wenn ja, was, in welcher Dosierung und wann zuletzt?

---

58. Sind Sie Raucher?

nein     ja

Wenn ja, wie lange und wie viel Stück Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich an einem Tag?

---

Falls Sie bereits aufgehört haben, wie lange und wie viel haben Sie früher geraucht und wann haben Sie aufgehört?

---

### Partnerschaft und Sexualität

59. Wie *unglücklich* bzw. *glücklich* würden Sie Ihre Ehe/Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

<input type="checkbox"/> sehr unglücklich	<input type="checkbox"/> eher glücklich	<input type="checkbox"/> derzeit keine Partnerschaft
<input type="checkbox"/> unglücklich	<input type="checkbox"/> glücklich	
<input type="checkbox"/> eher unglücklich	<input type="checkbox"/> sehr glücklich	

60. In den meisten Partnerschaften haben Missverständnisse und Konflikte ganz konkrete *Anlässe*. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Bereiche in Ihrer Partnerschaft zu Konflikten führen.

<input type="checkbox"/> Einteilung des monatlichen Einkommens	<input type="checkbox"/> Außereheliche Beziehungen
<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit	<input type="checkbox"/> Verwandte
<input type="checkbox"/> Haushaltsführung / Wohnung	<input type="checkbox"/> Persönliche Gewohnheiten des Partners

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vorstellungen über Kindererziehung | <input type="checkbox"/> Kommunikation / gemeinsame Gespräche               |
| <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung                 | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch / Familienplanung                     |
| <input type="checkbox"/> Freunde und Bekannte               | <input type="checkbox"/> Fehlende Akzeptanz / Unterstützung des Partners    |
| <input type="checkbox"/> Temperament des Partners           | <input type="checkbox"/> Forderungen des Partners                           |
| <input type="checkbox"/> Zuwendung des Partners             | <input type="checkbox"/> Krankheiten / Behinderungen / psychische Störungen |
| <input type="checkbox"/> Attraktivität                      | <input type="checkbox"/> Umgang mit Alkohol / Medikamenten / Drogen         |
| <input type="checkbox"/> Vertrauen                          | <input type="checkbox"/> Tätlichkeiten                                      |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht                         |   |
| <input type="checkbox"/> Gewährung persönlicher Freiheiten  |   |
| <input type="checkbox"/> Sexualität                         |   |
| <input type="checkbox"/> andere:                            |   |

61. Leiden Sie unter einer oder mehreren der folgenden sexuellen Probleme?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende oder zu geringe Erregung | <input type="checkbox"/> Erektionsprobleme        |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | <input type="checkbox"/> frühzeitiger Samenerguss |
| <input type="checkbox"/> Orgasmusstörungen                 | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____         |

62. **Nur für Frauen:** Sind Sie schwanger?  nein  ja

Wenn nein: Planen Sie in den nächsten sechs Monaten, schwanger zu werden?  nein  ja

### Weitere Angaben

63. Aktuelle Wohnsituation:

- alleinlebend     mit Eltern     mit Partner/Partnerin     Sonstiges \_\_\_\_\_

64. Sind Sie aufgrund Ihrer Beschwerden arbeitsunfähig? Bei Jugendlichen: Gibt es Fehlzeiten in der Schule?

- nein     ja    Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_

65. Beziehen Sie Rente?

- nein     ja    Wenn ja: seit wann? \_\_\_\_\_

66. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt?

- nein     ja

67. Haben Sie einen Reha-Antrag gestellt?

- nein     ja    Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_

68. Wurde diese Reha genehmigt?

- nein     ja

69. Befindet sich eine Ihnen nahestehende und/oder für Sie wichtige Person momentan oder in absehbarer Zeit in unserer Klinik?

---

Wir sind sehr daran interessiert zu erfahren, wie Sie von der Christoph-Dornier-Klinik erfahren haben. Bitte beantworten Sie auch die folgenden Fragen.

Wodurch sind Sie **zuerst** auf die Christoph-Dornier-Klinik aufmerksam geworden?

**Arzt**  .....

.....  
Name, Adresse

**Psychotherapeut**  .....

.....  
Name, Adresse

**Werbeanzeige (wo?)**  .....

**Zeitungsartikel (wo?)**  .....

**Fernsehbeitrag**  .....

**Internet**  .....

wenn „Internet“, wie wurden Sie auf unsere Internetseite aufmerksam?  
.....  
.....

**Ehemalige Patienten**  .....

**Sonstige (welche?)**  .....

**Weitere wichtige Informationen auf der letzten Seite!**

## Weitere Informationen

Vielen Dank! Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie auch auf den Seiten 2 – 11 alle relevanten Fragen beantwortet haben. Und vergessen Sie Ihre Unterschrift im umrandeten Textbereich auf dieser Seite bitte nicht (s.u.).

Bitte senden Sie den Fragebogen anschließend ausgefüllt auf einem der folgende Wege an uns zurück:

- per Post: Christoph-Dornier-Klinik GmbH, Patientenmanagement, Tibusstraße 7-11, 48143 Münster
- per (verschlüsselter) E-Mail: [patientenservice@c-d-k.de](mailto:patientenservice@c-d-k.de)
- per Fax: 0251/4810-144

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Nach der Auswertung des Fragebogens werden wir uns kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen, um Sie über das Ergebnis der Auswertung zu informieren. Hierfür entstehen Ihnen keine Kosten.

Ich interessiere mich für eine Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik GmbH und bitte Sie, mit mir Kontakt aufzunehmen.

Vorname und Name in Druckbuchstaben: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

### Datenschutzhinweis:

Ihre Angaben werden elektronisch gespeichert und unter strenger Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen (DSGVO) vertraulich behandelt.

Personenbezogene Daten werden von uns erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies zur Durchführung der angebotenen Dienstleistungen erforderlich ist, aber auch, um mit Ihnen den gewünschten Kontakt aufzunehmen oder Ihnen angeforderte Dienstleistungen oder Informationen zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus verwenden wir diese Daten für keine anderen Zwecke und geben diese nicht an Dritte weiter.

Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Klinik erhalten Sie auf unserer Homepage im Bereich „Datenschutz“.