Praxis für Darmgesundheit

Andrea Präuner | Heilpraktikerin

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich arbeite in meiner Praxis ganzheitlich, d.h. sowohl körperliche als auch mentale und emotionale Beschwerden/Symptome fließen in meine Diagnose und die Behandlung ein.

Als Informationsbasis bitte ich Sie diese Einverständniserklärung sowie den Anamnesebogen sorgfältig auszufüllen und mir ***vor unserem gemeinsamen Termin per Mail oder Post zuzusenden (***praxis@praeuner.de***).*** Gerne auch mit gegebenenfalls bestehenden Laborbefunden/ Arztberichten etc.

Nehmen Sie sich bitte für den Anamnesebogen ausreichend Zeit - je ausführlicher und umfassender Ihre Informationen sind, umso mehr Zusammenhänge werden sichtbar. Manchmal ist das Sammeln von Informationen und das Beschäftigen mit dem eigenen Wohlbefinden schon der erste Schritt zur Besserung.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den strengen Bestimmungen der Datenschutzgesetzes. Vielen Dank!

Herr/ Frau _____

Name _____

Vorname _____

Geb.: _____

Straße _____

PLZ-Ort _____

Beruf _____

Geben Sie bitte eine Telefonnummer / E-Mail an, unter der Sie tagsüber gut erreichbar sind:

Telefon _____

E-Mail: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG/ HONORARVEREINBARUNG

I. Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die Behandlung des Patienten mittels der modernen Darmdiagnostik, der Applied Kinesiologie, der Magnetfeldresonanztherapie, Herzratenvariabilität sowie der Psycho-Kinesiologie. Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass die Diagose- und Behandlungsart von der Lehrmedizin als "wissenschaftlich allgemein nicht anerkannt" angesehen werden.

II. Honorar

Als Honorar für eine Heilbehandlung wird abhängig von der Länge der Behandlung ein Betrag von EUR 90 €/Stunde vereinbart wobei die Abrechnung viertelstundengenau erfolgt. Die Dauer der Behandlung richtet sich nach dem Behandlungsverlauf. Das Honorar ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung zu zahlen.

III. Terminvereinbarung / Absagen von Terminen

Die Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für den jeweiligen Patienten reserviert ist.

Der Patient ist daher verpflichtet, Termine pünktlich einzuhalten und falls erforderlich, Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen, damit die für den Patienten vorgesehene Zeit noch anderweitig verplant werden kann. Für unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine fällt eine Ausfallpauschale in Höhe von EUR 50 an. Ausgenommen sind hier Absagen aufgrund von akuten Krankheitssymptomen.

IV. Abrechenbarkeit der Heilpraktikerleistungen

Die Honorarabrechnung erfolgt bei Privatversicherten grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Heilpraktiker.

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten keine Erstattung der Heilpraktikerleistungen. Die zahlreichen Tarife der privaten Krankenversicherungen unterscheiden sich beim Leistungsumfang erheblich. Daher hat der Patient die Erstattbarkeit selbst vor der ersten Behandlung mit der eigenen Krankenversicherung abzuklären.

Der Behandlungsvertrag besteht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Heilpraktiker unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diesen zum Ausgleich der Honorarabrechnung unabhängig davon, ob gegenüber Dritten bzw. der Krankenversicherung ein Erstattungsanspruch besteht.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie ihr Einverständnis mit oben genannten Informationen:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Rechtsgrundlage: Art. 6 abs.1 Ziffer a DSGVO vom 25.05.2018

A. Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen

Andrea Präuner, HP, Mittelweg 3a, 82064 Strasslach, Telefon 0049-89-39294761

B. Verarbeitungszweck

Die den Patienten betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde werden zum Zwecke der Diagnostik und Heilpraktikerbehandlung auf Basis des geschlossenen Behandlungsvertrags und zur Berechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet und gespeichert (Art. 9 Abs. 2 Nr. h DSGVO).

Die Datenverarbeitung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist aber erforderlich, um im Rahmen des Behandlungsvertrags mit dem Patienten die Diagnostik und Behandlung durchzuführen und die Behandlung abzurechnen. Ohne die Datenverarbeitung ist die Durchführung des Behandlungsvertrags nicht möglich.

C. Empfänger der Daten

Die personenbezogenen Daten des Patienten werden im Übrigen keinem Dritten zur Verfügung gestellt.

D. Speicherdauer

Die die Behandlung betreffenden Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde, werden im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist (maximal 10 Jahre nach Beendigung des Behandlungsvertrags) aufbewahrt.

E. Betroffenenrechte

Der Patient hat das Recht, jederzeit Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten zu verlangen. Er hat ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Berichtigung und Einschränkung der Verarbeitung und Löschung der Daten, soweit nicht das gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsrecht dem entgegensteht. Weiter hat der Patient ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde und kann die Übersendung, der ihn betreffenden, von ihm zur Verfügung gestellten Daten verlangen. Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, kann diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

ANAMNESEBOGEN

Herr/ Frau _____

Vorname _____ Geb.: _____

Straße _____

PLZ-Ort _____

Beruf _____

Familienstand/ Kinder _____

Telefon _____ E-Mail: _____

Hausarzt/ Heilpraktiker _____

Versicherungsart gesetzlich _____ privat _____

Größe _____ Körpergewicht _____ Blutgruppe _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

I. Allgemein

Wie würden Sie ihr momentanes persönliches Energiepegel einstufen?

Total erschöpft → Total fit

Treiben Sie Sport? Ja ____ Nein ____

Falls ja, welchen Sport treiben Sie/ wie oft pro Woche?

_____

_____

Rauchen Sie? Ja ____ Nein ____ Wenn ja, wieviel? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja ____ Nein ____ Wenn ja, wieviel? _____

Fühlen Sie sich zur Zeit sehr stark belastet? Ja ____ Nein ____

Falls ja, welche Umstände belasten Sie am meisten?

_____

_____

_____

_____

Was sind momentan Ihre Hauptbeschwerden:

_____

_____

_____

_____

_____

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Impfung, Medikamente, Hautausschläge, Schicksalsschlag, Sonstiges _____

_____

_____

_____

Was ist Ihr genauer Auftrag an mich? Welche Symptome möchten Sie in erster Linie verbessern?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

II. Aktuelle Symptome

Bitte gehen Sie hier näher auf Ihre momentanen Beschwerden ein:

	Symptom 1	**Symptom 2**	**Symptom 3**
Wo spüren Sie den Schmerz/ die Einschränkung?			
Seit wann und wie häufig haben Sie die Beschwerden?			
Gab es einen auslösenden Moment / Ereignis für die Beschwerden? (*1)			
Was verbessert/ verschlechtert die Symptome? (*2)			

*1: z.B. Unfall, Schock, Erkrankung, Trauer, Stress, Medikamente, Impfungen, etc
*2: z.B. Wärme, Kälte, Bewegung, Sport, Ruhe, Sitzen, Stehen, Berührung, Massage, Nahrungsmittel, Wetterlage, Streß, Wind, Monatsblutung, Schlaf, Urlaub, Schmerzmittel

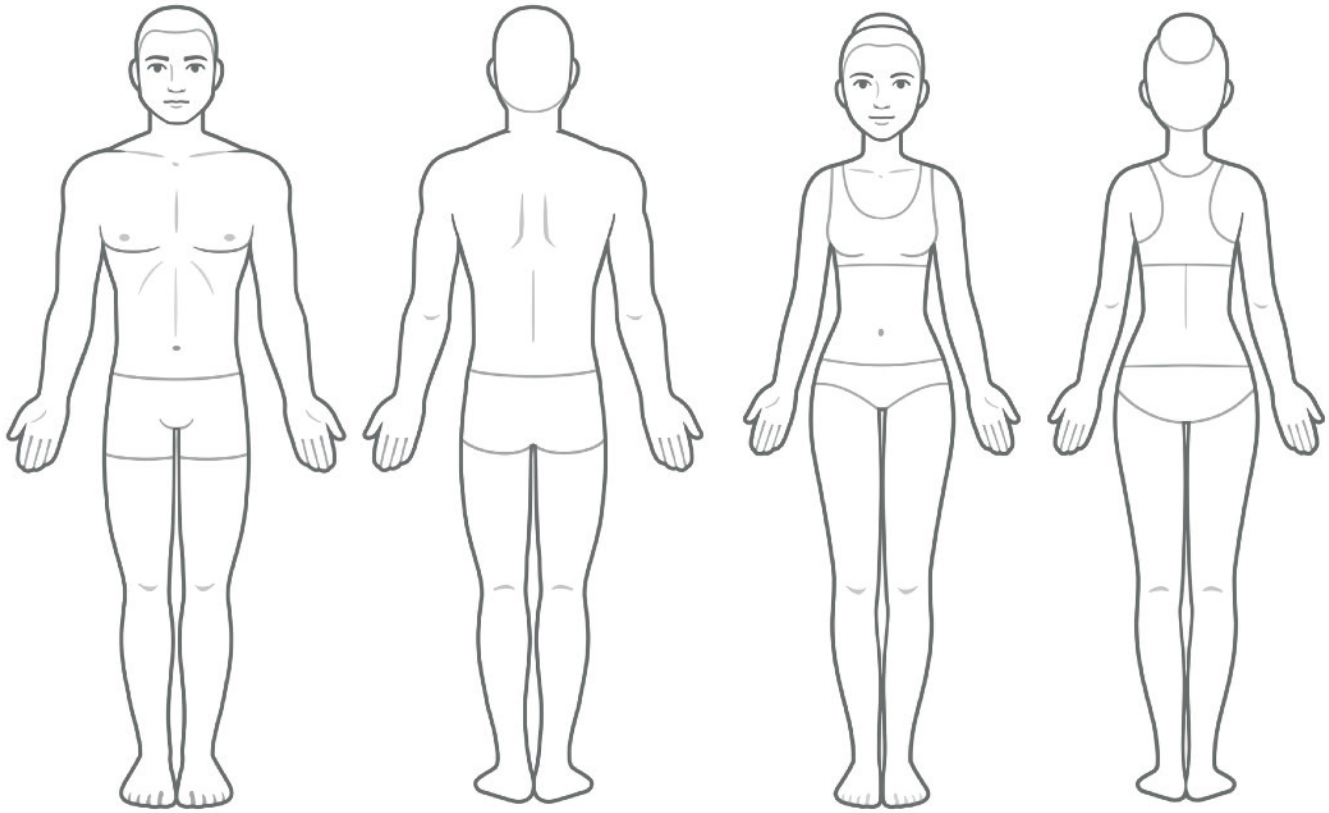
Bei Schmerzen - Wo genau treten die Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen Sie Ihre Schmerzen folgendermaßen:

X - Kreuz:	punktförmiger Schmerz
Linie:	unklare Schmerzlokalisation
Pfeil:	ausstrahlender Schmerz
Schmerzskala:	1-10 (1=schwach, 10=sehr stark)

Beschreibung des Schmerzes/ Symptoms:

ziehend, klopfend, kolikartig, brennend, einengend, drückend, krampfend, bohrend, stechend, reißend, dumpf, geschwollen, berührungsempfindlich, sonstige…



Was haben Sie bezüglich dieser Beschwerden bereits unternommen?
(Arztbesuch, Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen, MRT, Therapieverfahren,etc)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel haben Sie für diese Beschwerden bereits eingenommen bzw. welche Medikamente nehmen Sie allgemein aktuell ein?

(Auch Antibabypille, Schmerztabletten, Abführmittel, Nahrungsergänzungsmittel, etc.)

1) _____	6) _____
2) _____	7) _____
3) _____	8) _____
4) _____	9) _____
5) _____	10) _____

Wann haben Sie das letzte Mal ein Antibiotikum genommen? _____

III. Lebensgewohnheiten

Bitte unterstreichen Sie zutreffendes und ergänzen Sie gegebenenfalls mit eigener Beschreibung:

1. Schlafverhalten

Schlaflosigkeit, häufiges Erwachen (Uhrzeit_____), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Zähneknirschen, Schwitzen, Schnarchen, Schlafwandeln, Sonstiges _____

Wann gehen Sie üblicherweise zu Bett _____ Wann stehen Sie auf _____

Fühlen Sie sich morgens ausgeschlafen? _____

2. Appetit

Gut, wenig, schlecht, immer Hunger, brauche regelmäßig Essen - sonst bin ich ungenießbar, vergesse zu essen, Abneigung gegen Fleisch, Abneigung gegen Fett,

Sonstiges _____

3. Ernährung

- ○ Leiden Sie an Nahrungsmittelunverträglichkeiten?

  _____

  _____

- ○ Leiden Sie an Zölliakie (Gluteninduzierte Enteropathie)
- ○ Bevorzugen Sie warme oder kalte Mahlzeiten
- ○ Essen Sie vegetarisch / vegan/ sonstiges _____
- ○ Ernähren Sie sich bewußt, mit möglichst naturbelassenen Lebensmitteln
- ○ Haben Sie wenig Zeit zum Essen/Kochen und bevorzugen Fertiggerichte/ Restaurants
- ○ Eigene Beschreibung _____

4. Verdauung/ Symptome direkt nach dem Essen

In der Regel problemlos, Müdigkeit, Völlegefühl, Blähungen, sofortiger Stuhldrang, sofortiger Durchfall, Sodbrennen, Oberbauchschmerzen, Schweißausbrüche, Herzrasen, Magenkrämpfe, Seitenstechen, kolikartige Schmerzen, Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen,

Sonstiges_____

Beschreibung des Stuhlgangs:

Häufigkeit: ____/ Tag bzw. ____/ Woche

- o problemlos
- o schmerzhaft
- o explosionsartig
- o übel riechend
- o weich
- o _____
- o Gefühl nicht fertig zu werden
- o klebt an der Toilette/ Papier
- o hart
- o bleistiftartig
- o wechselhaft (flüssig, fest)

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen des Magen-/Darmtrakts: Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Gastritis, Magen-, Darmgeschwüre, Entzündungen der Mundschleimhaut, Divertikel, Hämorrhoiden, Gallensteine, Reizdarm, Helicobacter Pylori, Sonstiges_____

5. Durst / Trinkverhalten

ca ____Liter/Tag

Ich trinke hauptsächlich _____

Wieviel Kaffee/schwarzen Tee trinken Sie pro Tag?_____

IV. Vorerkrankungen:

Leiden Sie an Allergien? Ja ____ Nein ____

Wenn ja, welche?

_____

_____

Leiden Sie an Migräne? Ja ____ Nein ____ Wenn ja, wie häufig? _____

1. Nase:

z.B. trockene Nase, häufige Nasennebenhöhlenentzündung, Geruchsverlust, Schnarchen, Infektanfälligkeit, häufige Halsschmerzen, Sonstiges _____

2. Mandeln:

z.B. Operationen, häufige Mandelentzündungen als Kind/heute, Sonstiges_____

3. untere Atemwege/ Lunge:

z.B. Bronchitis, häufige Husten, Schluckbeschwerden, Beklemmungen, Stechen, Druckgefühl, Globusgefühl, Sonstiges _____

4. Leber

z.B. Entzündung, Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Sonstiges _____

5. Galle

z.B. Steine, Kolliken, Operation, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Sonstiges _____

6. Magen

z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Sonstiges _____

7. Haut

z.B. trockene Haut, Ausschläge, Akne, Narben, Neurodermitis, Psoriasis/Schuppenflechte, starke Schweißbildung, Rötungen, Juckreiz, Kontaktallergien, Sonstiges _____

8. Haare

z.B. Haarausfall, Schuppen, trockene oder fettige Haare, juckende Kopfhaut, Sonstiges

_____

9. Nägel

z.B. Farbveränderungen auf den Nägeln, Nagelkauen, Nagelbettentzündungen, brüchige Nägel, Sonstiges _____

10. Augen

z.B. trockene Augen, gerötete Augen, häufige Augenentzündungen, Schwellungen unter den Augen, Augenringe, Glaukom, starker Tränenfluß, Sonstiges _____

11. Ohren

z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, häufige Ohrinfektionen, Sonstiges_____

12. Zähne

z.B. Kieferorthopädische Behandlung, Zahnersatz, Wurzelfüllungen, Operationen, Weisheitszähne, Parodontitis, Sonstiges _____

13. Herz-/ Kreislauf

z.B. Bluthochdruck, Herzklappenfehler, Arteriosklerose, Fettstoffwechselstörungen, hohe Cholesterinwerte, Herzrasen, Herzinsuffizienz, Brustenge,, Herzinfarkte, Sonstiges

_____

14. Urogenitaltrakt

z.B. häufige Blasenentzündungen, häufige Pilzerkrankungen im Vaginalbereich, Myome, Zysten, chronische Prostatitis, Entfernung Gebärmutter/ Eierstöcke, Sonstiges _____

15. Psyche und Nervensystem

z.B. Nervosität, Ängste, Depressionen, Antriebsarmut, Gereiztheit, chronische Müdigkeit, Erschöpfung , Essstörungen, Suchtverhalten, Nervenschmerzen, häufige Kopfschmerzen, Migräne, Schwindel, Sehstörungen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Wortfindungsstörungen, Hyperaktivität (ADS/ADHS), MS, Gangunsicherheit, Parkinson, Sonstiges_____

16. Bewegungsapparat

z.B. Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschwäche, Arthrose, Osteoporose, Skoliose, rheumatische Arthritis, Sonstiges _____

_____

17. Hormonsystem

z.B. Prämenstruelle Beschwerden (PMS)/ Postmenstruelle Beschwerden (bitte mit Beschreibung), Anzahl der Schwangerschaften/Geburten, Kaiserschnittgeburten, Schildrüsenüber-/unterfunktion, Diabetes Typ1/2, Sonstiges _____

_____

18. Immunsystem

z.B. Eppstein-Barr Infektion (Pfeiffer-Drüsenfieber), Borreliose (Zecken), Herpes-Infektionen, Sonstiges _____

Welche Impfungen / Auffrischimpfungen haben Sie bekommen?

_____

_____

Sind Impfreaktionen bekannt? _____

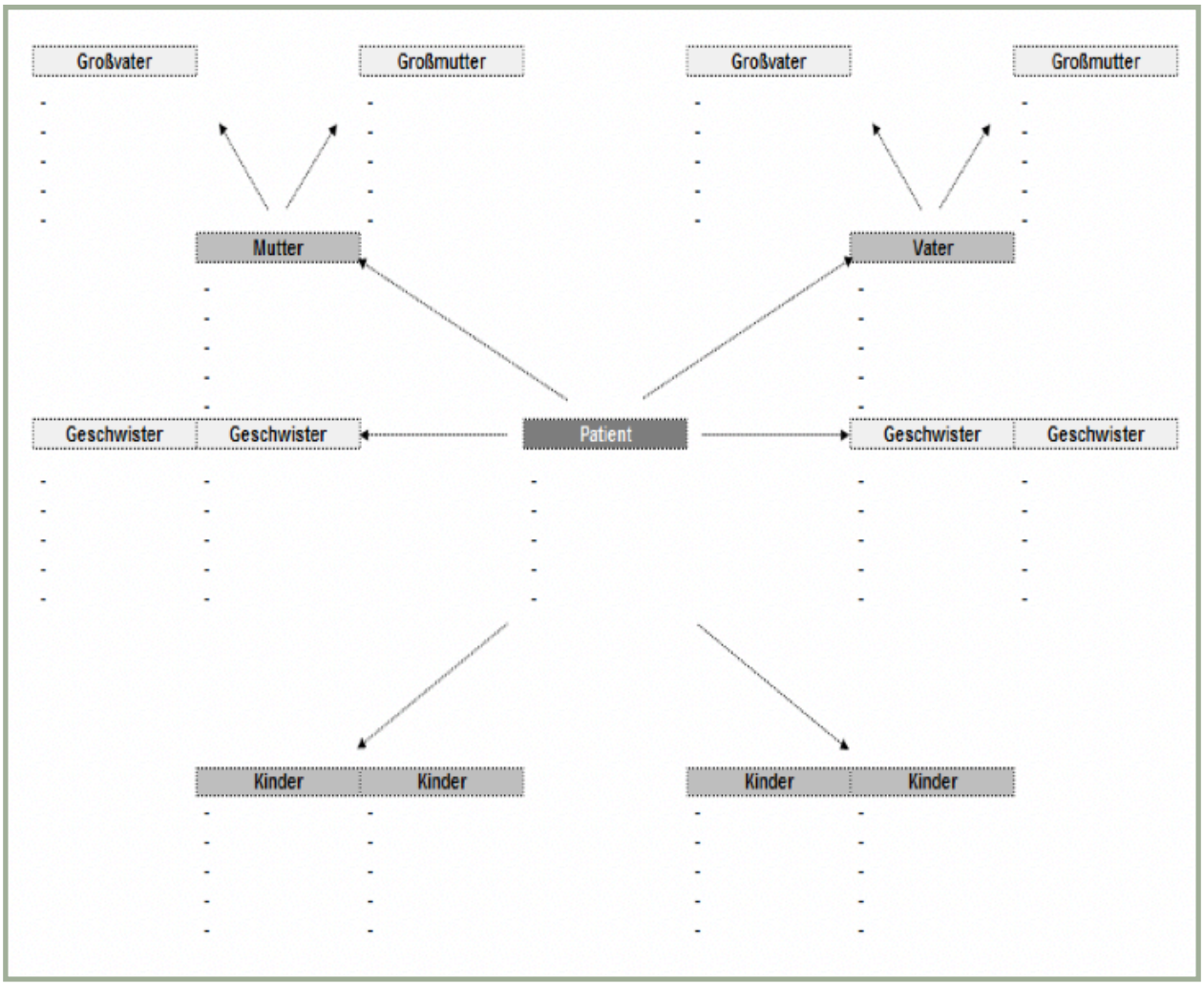
_____

19. Traumata

z.B. Unfälle, Verletzungen, Narben, Operationen, Schockerlebnisse, etc.

_____

_____

16. Familienanamnese

Welche Krankheiten/ Schicksale sind in Ihrer Familie bekannt? Eltern, Großeltern, Geschwister? (z.B. Allergien, Operationen, Herzkrankheiten, häufig Blasenentzündung, Suchterkrankungen, Fehlgeburten, Bluthochdruck, Diabetes, Lebererkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Tumor-(Krebs-)erkrankungen, etc.)