Praxis für Darmgesundheit

Andrea Präuner | Heilpraktikerin

ANAMNESEBOGEN

Liebe Eltern,

Sie haben für Ihr minderjähriges Kind einen Termin in meiner Praxis vereinbart. 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.

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

Anrede _____

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Name der Mutter _____

Name des Vaters _____

Familienstand _____

Straße _____

PLZ-Ort _____

Telefon privat/ mobil _____

email _____

Hausarzt _____

Versicherungsart _____

Größe _____ Körpergewicht _____

Anamnesebogen

I. Allgemein

- Wie würden Sie das momentanes Energielevel ihres Kindes auf einer Skala von 1-10 einstufen?

1-sehr erschöpft → 10 - sehr fit

- Treibt ihr Kind Sport? Ja ____ Nein ____
  - Falls ja, welchen Sport/ wie oft pro Woche?
- Haben Sie Haustiere? Ja ____ Nein ____ Wenn ja, welche? _____
- Wie wurde ihr Kind geboren? Spontan ____ oder per Kaiserschnitt
- Haben Sie in den letzten 10 Jahren eine Fernreise gemacht? Wenn ja, wohin?
- Fühlt sich ihr Kind zur Zeit sehr stark belastet? Ja ____ Nein ___
  (Falls ja, welche Umstände belasten Sie am meisten?)
- Was sind momentan die Hauptbeschwerden?

II. Aktuelle Symptome

Bitte gehen Sie hier näher auf die körperlichen Beschwerden ihres Kindes ein:

	Symptom 1	**Symptom 2**	**Symptom 3**
Um welche Beschwerde handelt es sich?			
Seit wann und wie häufig sind die Beschwerden? *Treten die Beschwerden tagsüber und/oder nachts auf? In Ruhe und/oder Bewegung?*			
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

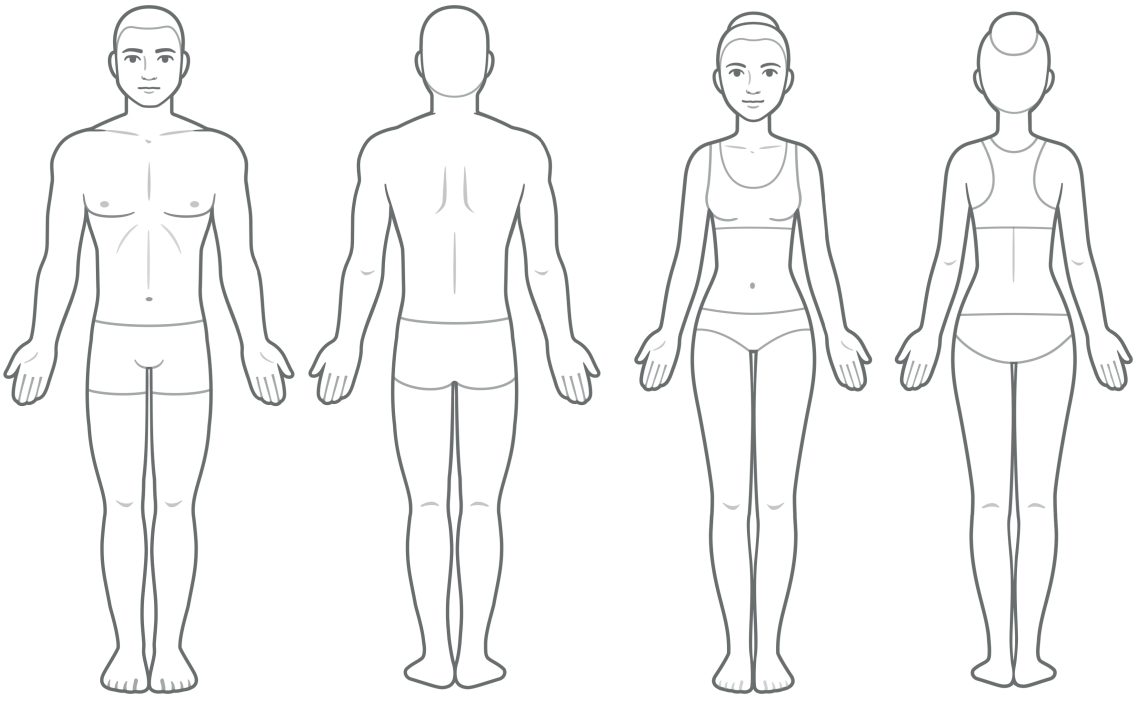
Wo genau treten die Schmerzen/ Symptome auf?

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…



Narben:

Bitte ergänzen Sie die obige Skizze, indem Sie Narben/ Operationen mit einem roten Stift zusätzlich kennzeichnen

Was haben Sie bezüglich dieser Beschwerden bereits unternommen bzw. welche Behandlungen erhält ihr Kind aktuell (Arztbesuch, Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen, MRT, Therapieverfahren,etc)?

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nimmt ihr Kind aktuell ein bzw hat es im Rahmen dieser Beschwerden bereits eingenommen?

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

Wann hat ihr Kind das letzte Mal ein Antibiotikum genommen?

III. Lebensgewohnheiten

1. Schlafverhalten

- ○ normal/ unauffällig
- ○ Schlaflosigkeit
- ○ Schwierigkeit beim Einschlafen
- ○ Sprechen im Schlaf
- ○ Zähneknirschen
- ○ Schnarchen
- ○ nächtlicher Toilettengang. Wie oft _____
- ○ Unruhe in den Beinen
- ○ heiße Füße / kalte Füße
- ○ Nachtschweiß
- ○ häufiges Aufwachen, welche Uhrzeit
- ○ eigene Beschreibung _____

Schlaf-/ Wachrhythmus:

Wann geht ihr Kind üblicherweise zu Bett? _____

Wann wird ihr Kind in der Regel wach? _____

Fühlt sich Ihr Kind morgens ausgeschlafen? _____

2. Appetit

- ○ gut
- ○ wenig/schlecht
- ○ kein Hunger
- ○ immer Hunger
- ○ eigene Beschreibung _____
- ○ braucht regelmäßig Essen, sonst ungenießbar
- ○ Vergisst zu essen
- ○ Abneigung gegen Fleisch
- ○ Abneigung gegen Fett

3. Ernährung

- ○ Bemerken Sie an ihrem Kind Unverträglichkeiten bei bestimmten Nahrungsmittel?

  _____

  _____

- ○ Wurde eine Zölliakie (Gluteninduzierte Enteropathie) diagnostiziert?
- ○ Bevorzugt ihr Kind eher warme oder kalte Speisen?
- ○ Ißt ihr Kind vegetarisch / vegan/ Sonstiges _____
- ○ Ernähren Sie sich bewußt, mit möglichst naturbelassenen Lebensmitteln
- ○ Eigene Beschreibung _____

Was ißt ihr Kind am liebsten? _____

Sind Ihnen Gewichtsschwankungen aufgefallen? _____

Was/ Wann essen Sie normalerweise im Alltag?

Morgens: Uhrzeit: 🕔_____	Zwischenmahlzeit: Uhrzeit: 🕔_____	Mittags: Uhrzeit: 🕔_____	Zwischenmahlzeit: Uhrzeit: 🕔_____	Abends: Uhrzeit: 🕔_____

4. Verdauung/ Symptome direkt nach dem Essen

- o problemlos
- o Blähungen
- o Völlegefühl
- o sofortiger Stuhldrang
- o sofortiger Durchfall
- o Sodbrennen
- o Oberbauchschmerzen
- o Kopfschmerzen
- o eigene Beschreibung _____
- o Schweißausbrüche
- o Herzrasen
- o Magenkrämpfe
- o kolikartige Schmerzen
- o Seitenstechen
- o Aufstoßen
- o Übelkeit ohne Erbrechen
- o Übelkeit mit Erbrechen
- o Blutzuckerschwankungen

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)

5. Durst / Trinkverhalten

- o normal ca. ___ Liter/Tag
- o lieber warm/heiß
- o lieber kalt
- o eigene Beschreibung _____
- o trinkt viel
- o muss sich zum Trinken zwingen

Ihr Kind trinkt am liebsten _____

IV. Vorerkrankungen:

Leidet Ihr Kind an Allergien? Ja ____ Nein ____
Wenn ja, welche?

_____

_____

Leidet ihr Kind an Migräne? Ja ____ Nein ____ Wenn ja, wie häufig? _____

Nase/ Rachen:

z.B. trockene Nase, häufige Nasennebenhöhlenentzündung, Geruchsverlust, Schnarchen, Infektanfälligkeit, häufige Mandelentzün

dungen als Kind/heute, Operationen, Sonstiges:

Untere Atemwege/ Lunge:

z.B. Bronchitis, Verschleimung, Schluckbeschwerden, Beklemmungen, Stechen, Druckgefühl, Globusgefühl, Atemprobleme, häufige Lungenentzündungen, Asthma Bronchiale, COPD, Sonstiges:

Leber / Galle:

z.B.Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Gallensteine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Sonstiges:

Magen

z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Brennen, Sonstiges:

Darm

z.B. Reizdarm, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Magen-, Darmgeschwüre, Entzündungen der Mundschleimhaut, Sonstiges:

Haut

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

Haare

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

Nägel

z.B. Farbveränderungen auf den Nägeln, Nägelkauen, Nagelbettentzündungen, brüchige Nägel, Nagelpilz, Sonstiges:

Augen

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

Ohren

z.B. Tinnitus, häufige Ohrinfektionen. Sonstiges:

Zähne

z.B. Kieferorthopädische Behandlung, Zahnersatz, Wurzelfüllungen, Operationen, Weisheitszähne, Sonstiges:

Herz-/ Kreislauf

z.B. Herzmuskelentzündung, Herzklappenfehler, Herzrasen, Brustenge. Sonstiges:

Urogenitaltrakt

z.B. häufige Blasenentzündungen, häufige Pilzerkrankungen im Vaginalbereich, Myome, Zysten. Sonstiges:

Psyche und Nervensystem

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

Bewegungsapparat

z.B. Rückenschmerzen, Schulterschmerzen (re/li), Nackenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen/ -schwäche, Sehnenschmerzen, Sportverletzungen, Skoliose, Schmerzen im Kiefergelenk, Sonstiges :

Stoffwechsel/ Hormonsystem

z.B. Prämenstruelle Beschwerden (PMS), Schildrüsenüber-/unterfunktion, Diabetes Typ1/2, Endometriose, Sonstiges:

Immunsystem

Sind Infektionen mit Erregern (Bakterien/ Viren) in der Vergangenheit nachgewiesen worden wie z.B. Epstein-Barr Infektion, Borreliose (Zecken), Herpes-Infektionen, Chlamydien, Mykoplasmen, etc./ Sonstiges:

Impfungen/ Impfreaktionen:

Traumata

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

_____

_____

Praxis für Darmgesundheit

Andrea Präuner | Heilpraktikerin

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG/ HONORARVEREINBARUNG

I. Vertragsgegenstand

Der Patient/ die Patientin nimmt eine naturheilkundliche, manuelle und ernährungstherapeutische Behandlung der Heilpraktikerin Andrea Präuner einschließlich der dazu notwendigen Diagnostik- und Therapieverfahren in Anspruch. Die Behandlungen umfassen unter anderem auch schulmedizinisch nicht anerkannte (alternativ-medizinische) Heilverfahren.

II. Honorar

Bitte zutreffendes ankreuzen: ☐ Rechnung für mich (Selbstzahler) // ☐ Rechnung zur Abrechnung mit privatem Kostenträger nach GebüH

Das Honorar berechnet sich nach dem jeweiligen Zeitaufwand der Behandlung. Vereinbart wird ein Honorar in Höhe von 90€ pro Stunde. Der erste Termin mit Anamnese und Diagnostik umfasst bei Kindern je nach Alter 60-90 Minuten. Folgetermine je nach Behandlungsziel 45-60 Minuten. Zur Übersicht erhalten Sie nach dem ersten Termin einen Behandlungsplan mit ggf. erforderlichen weiteren Terminen. Die Rechnungsstellung erfolgt schriftlich per Mail oder postalisch und sollte innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsstellung überwiesen werden. Beratungen per Telefon oder E-Mail werden ebenfalls nach Zeit abgerechnet.

☐ Ich bin damit einverstanden, die Honorarabrechung per E-Mail zu erhalten.

Bitte an folgende E-Mail schicken: _____

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.

Ich bitte Sie deshalb Termine pünktlich einzuhalten und falls erforderlich, den Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. 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 (GebüH). Gesetzlich Krankenversicherte erhalten keine Erstattung der Heilpraktiker-leistungen. 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/ der Patientin bzw. den gesetzlichen Vertretern und der behandelnden Heilpraktikerin Andrea Präuner unabhängig von den individuellen Versicherungsverhältnissen des Patienten und verpflichtet diese/n 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: _____

Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter: _____

Praxis für Darmgesundheit

Andrea Präuner | Heilpraktikerin

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Rechtsgrundlage: Art. 6 (1) Ziffer a DSGVO vom 25.05.2018

A. Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen

Andrea Präuner, Heilpraktikerin, Wendelsteinstrasse 12b, 82031 Grünwald, Telefon 0049-89-39294761
Ein/e ständige/er Vertreter/in und/oder Datenschutzbeauftragte/er ist in der Praxis nicht vorhanden.

B. Verarbeitungszweck

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Diagnostik und Therapie sowie zur Abrechnung der Leistungen erhoben und im automatisierten Praxisverwaltungssystem und in den händischen Patientenakten gespeichert. Bei den Daten handelt es sich neben Ihren Kontaktdaten insbesondere um Gesundheitsdaten wie Anamnese, Medikation, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde usw. 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.
Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind:
– der Behandlungsvertrag zwischen Praxisinhaber und Patient,
– Art. 6 Abs. 1 b), Art. 9 Abs. 2 f), h) i.V.m. Abs. 3 DS-GVO,
– § 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und
– die in diesem Zusammenhang von Ihnen abgegebenen Einwilligungserklärungen.

C. Empfänger der Daten

Die Übermittlung der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit es rechtlich zulässig ist oder Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben. Dritte in diesem Sinne können andere Leistungserbringer (Heilpraktiker/ Ärzte/Physiotherapeuten usw.), Krankenversicherungen oder auch eine Verrechnungsstelle sein.

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.(§ 630 f BGB)

E. Betroffenenrechte

Ihnen stehen bezüglich Ihrer Daten verschiedene Rechte zu: So können Sie Auskunft über die erhobenen Daten und die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen auch das Recht auf Löschung der gespeichert Daten zu. Auf die Einschränkung der Verarbeitung/Sperrung der Daten haben Sie, soweit die Voraussetzungen gegeben sind, ebenfalls Anspruch. Soweit die Voraussetzungen dafür erfüllt sind, steht Ihnen des Weiteren das Recht auf Datenübertragbarkeit zu (sog. Recht auf Datenportabilität).

Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit widerrufen. Näheres zu diesem Widerrufsrecht lässt sich dem jeweiligen Einwilligungs-Formular entnehmen.
Und schließlich steht Ihnen ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter: _____