



## 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](mailto: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!

Anrede \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ-Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand/ Kinder \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_

Telefon mobil \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

Hausarzt/ Heilpraktiker \_\_\_\_\_

Versicherungsart gesetzlich \_\_\_\_\_ privat \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_



## ANAMNESEBOGEN

### I. Allgemein

- Wie würden Sie ihr momentanes Energielevel einstufen?

1-sehr erschöpft

10 - sehr 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? \_\_\_\_\_

- Haben Sie Haustiere? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Haben Sie in den letzten 10 Jahren eine Fernreise gemacht? Wenn ja, wohin?

- Fühlen Sie sich zur Zeit sehr stark belastet? Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_  
(Falls ja, welche Umstände belasten Sie am meisten?)

- Was sind momentan Ihre Hauptbeschwerden?

- 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



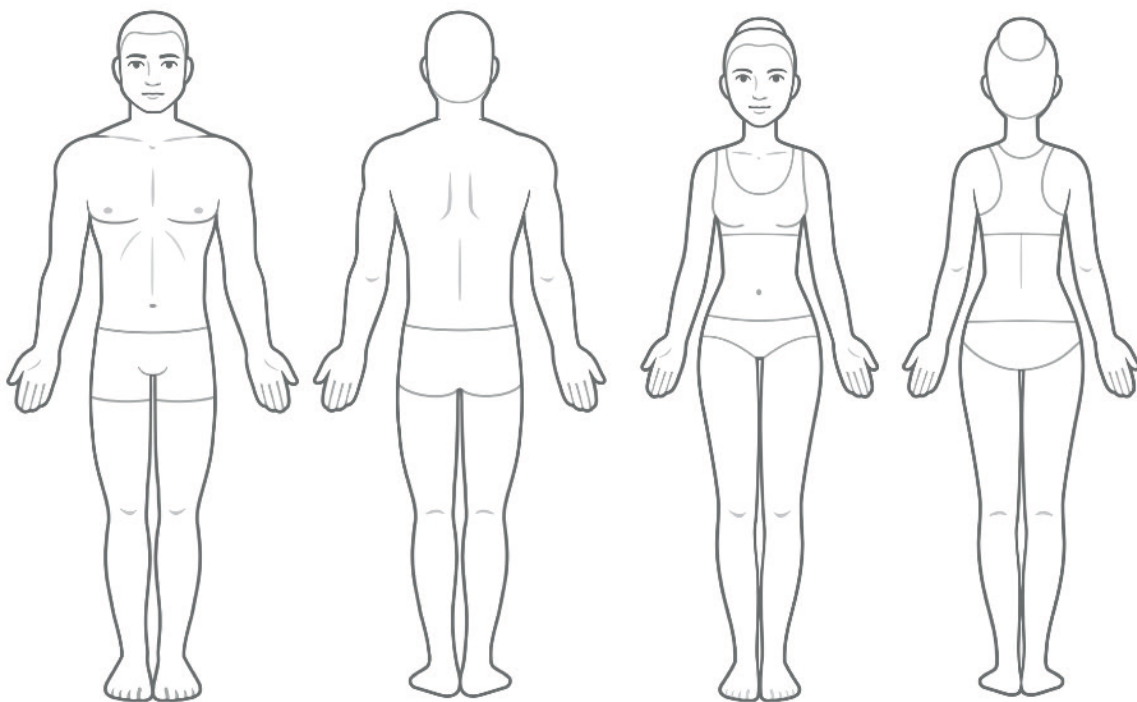
### Bei Schmerzen - Wo genau treten die Schmerzen auf?

Bitte kennzeichnen Sie Ihre Schmerzen folgendermaßen:

- X - Kreuz:                punktförmiger Schmerz
- Linie:                    unklare Schmerzlokalisierung
- 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?

(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.)

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

Haben Sie das Gefühl bestimmte Nahrungsmittel nicht gut zu vertragen? (Direkte Reaktion am gleichen Tag oder verzögerte Reaktion 1-2 Tage später)

---

---

---

- Leiden Sie an Zölliakie (Gluteninduzierte Enteropathie)
- Wurde bei Ihnen eine Nahrungsunverträglichkeit festgestellt? (Laktose, Fructose, Gluten)
- 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 \_\_\_\_\_

### Wie sieht ihr üblicher Essensalltag aus?

Morgens: Uhrzeit: 🕒 _____	Zwischenmahlzeit: Uhrzeit: 🕒 _____	Mittags: Uhrzeit: 🕒 _____	Zwischenmahlzeit: Uhrzeit: 🕒 _____	Abends: Uhrzeit: 🕒 _____

### 4. Verdauung bzw. Symptome direkt nach dem Essen

Müdigkeit, Völlegefühl, Blähungen, sofortiger Stuhldrang, sofortiger Durchfall, Sodbrennen, Oberbauchschmerzen, Schweißausbrüche, Herzrasen, Magenkrämpfe, Seitenstechen, kolikartige Schmerzen, Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen.

Sonstiges:

### Beschreibung ihres Stuhlgangs:

Häufigkeit: \_\_\_\_/ Tag bzw. \_\_\_\_/ Woche

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> problemlos</li> <li><input type="checkbox"/> schmerzhaft</li> <li><input type="checkbox"/> explosionsartig</li> <li><input type="checkbox"/> übel riechend</li> <li><input type="checkbox"/> weich</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gefühl nicht fertig zu werden</li> <li><input type="checkbox"/> klebt an der Toilette/ Papier</li> <li><input type="checkbox"/> hart</li> <li><input type="checkbox"/> bleistiftartig</li> <li><input type="checkbox"/> wechselhaft (flüssig, fest)</li> </ul> |
|---|--|



**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. Rachen:**

z.B. Operationen, häufige Mandelentzündungen als Kind/heute, Sonstiges:

**3. untere Atemwege/ Lunge:**

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

**4. Leber**

z.B. Hepatitis, erhöhte Leberwerte, Sonstiges:



## 5. Galle

z.B. Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit, Sonstiges:

## 6. Magen

z.B. Völlegefühl, Sodbrennen, Gastritis, Appetitlosigkeit, Schmerzen, Brennen, 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, Nägelkauen, Nagelbettentzündungen, brüchige Nägel, Nagelpilz, Sonstiges:

## 10. Augen

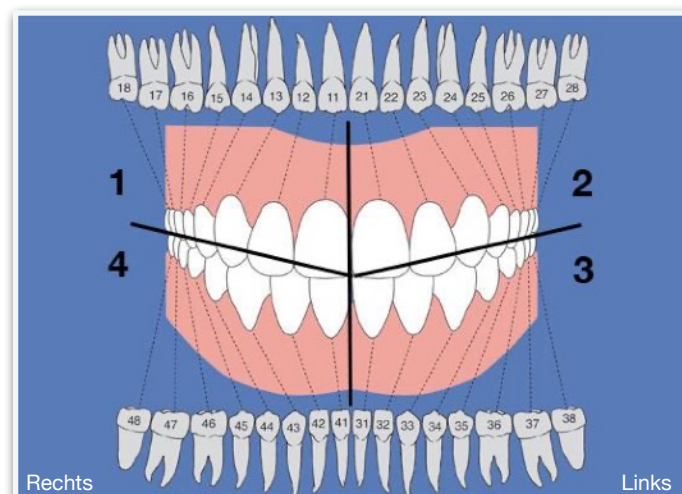
z.B. trockene Augen, gerötete Augen, häufige Augenentzündungen, Schwellungen unter den Augen, Augenringe, Glaukom, starker Tränenfluß, Sonstiges:

## 11. Ohren

z.B. Tinnitus, Schwerhörigkeit, häufige Ohrinfektionen, Sonstiges:

## 12. Zähne

z.B. Kieferorthopädische Behandlung, Zahnersatz, Wurzelfüllungen, Operationen, Weisheitszähne, Parodontitis. Bitte alle gezogenen, wurzelgefüllten, implantierten Zähne auflisten:







### **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, Gangunsicherheit, Wortfindungsstörungen, Hyperaktivität (ADS/ADHS), Sonstiges:

### **16. Bewegungsapparat**

z.B. Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschwäche, Arthrose, Osteoporose, Skoliose, rheumatische Arthritis, Schmerzen im Kiefergelenk, Sonstiges :

### **17. Hormonsystem**

z.B. Prämenstruelle Beschwerden (PMS), Menopausale Beschwerden, Anzahl der Schwangerschaften/Geburten, Kaiserschnittgeburten, Schilddrüsenüber-/unterfunktion, Diabetes Typ1/2, Sonstiges:

### **18. 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:

Welche Impfungen haben Sie wann bekommen? Sind Impfreaktionen bekannt?

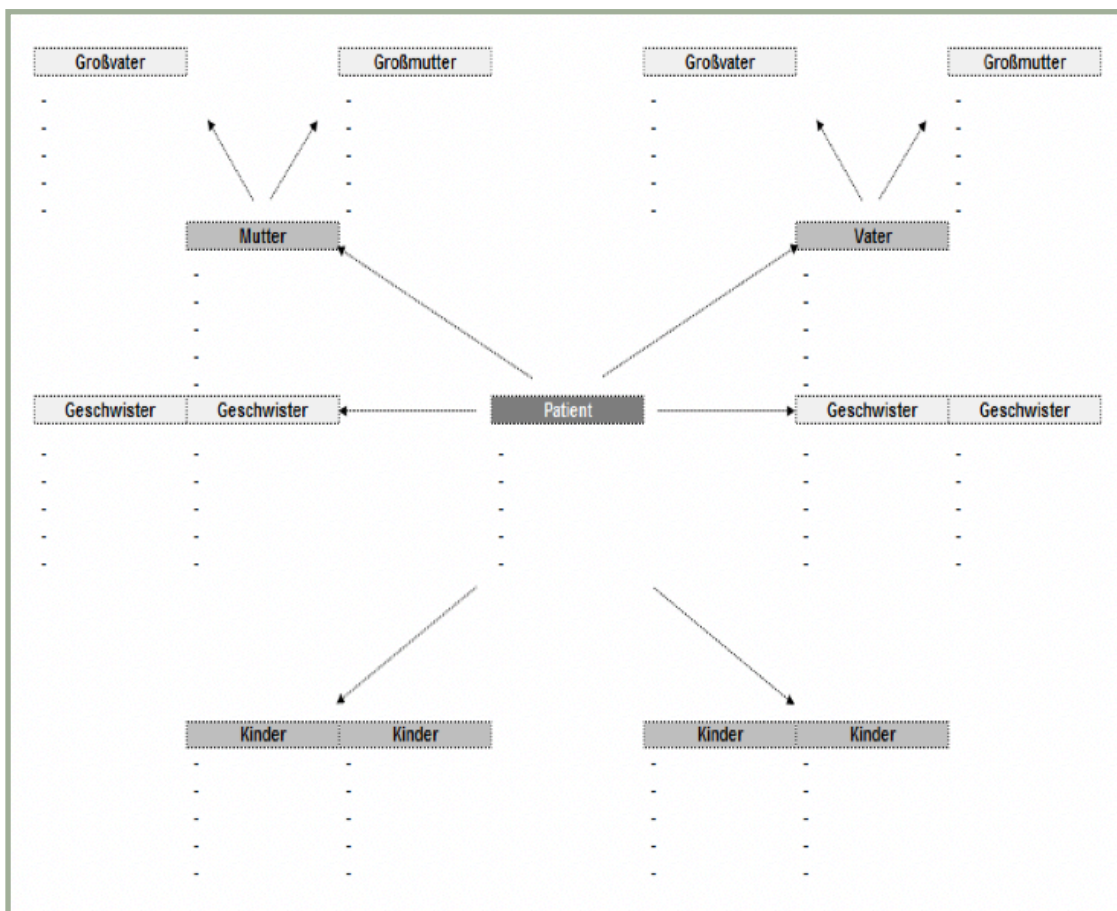


## 19. Traumata

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

## 20. Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?





## 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 Diagnose- 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 unentschuldig 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: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_



## 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: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_