



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 des Datenschutzgesetzes. Vielen Dank!

Anrede _____ Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

PLZ-Ort _____

Berufliche Tätigkeit _____ Wochenarbeitszeit _____

Geburtsdatum _____

Familienstand/ Kinder _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____

email _____

Hausarzt/ Heilpraktiker _____

Versicherungsart gesetzlich _____ privat _____

Private Zusatzversicherung: _____

Größe _____ Körpergewicht _____



ANAMNESEBOGEN

- Wie würden Sie ihr momentanes Energielevel auf eine Skala von 1-10 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? ____
- Wie wurden Sie geboren? Spontan ____ oder per Kaiserschnitt
- 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
Um welche Beschwerde handelt es sich?			
Seit wann und wie häufig haben Sie die Beschwerden? <i>Treten die Beschwerden tagsüber und/oder nachts auf? In Ruhe und/oder Bewegung?</i>			
Gab es einen auslösenden Moment / Ereignis für die Beschwerden? (*1)			
Was verbessert (+) bzw. verschlechtert (-) die Symptome? (*2)			

*1: z.B. Unfall, Schock, Erkrankung, Infektionen, Trauer, Stress, Umzug, Medikamente, Impfungen, etc

*2: z.B. Wärme, Kälte, Bewegung, Sport, Ruhe, Sitzen, Stehen, Berührung, Massage, Nahrungsmittel, Wetterlage, Streß, Wind, Monatsblutung, Schlaf, Urlaub, Schmerzmittel



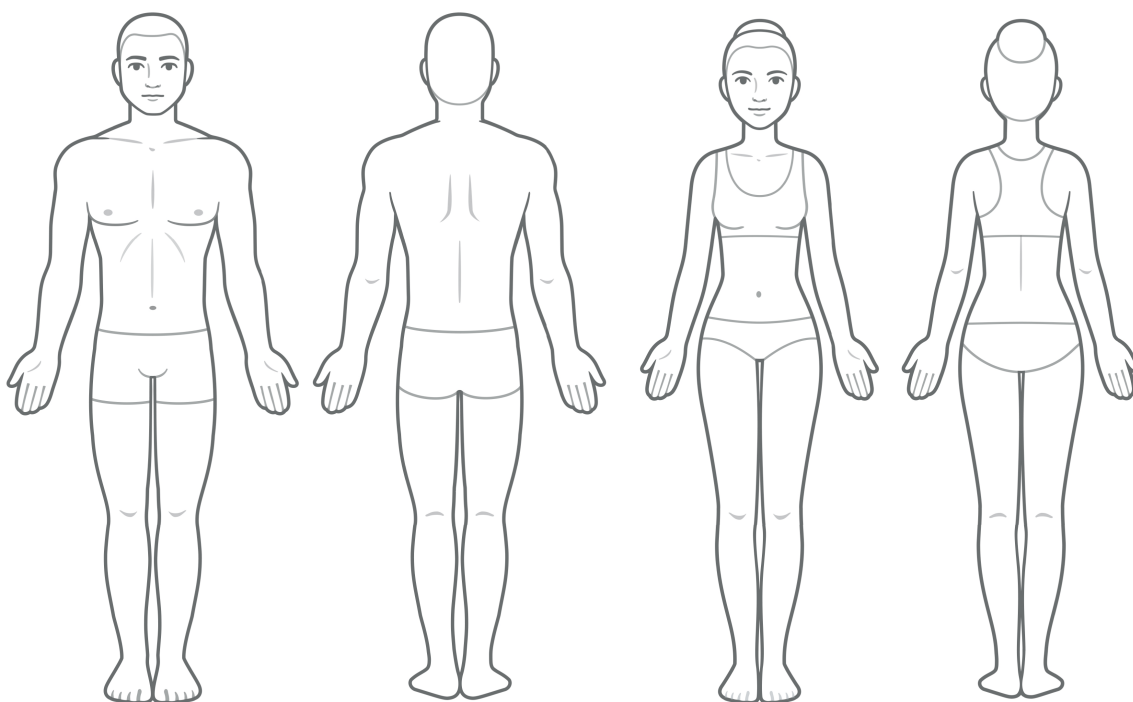
Bei Schmerzen - Wo genau treten die Schmerzen auf?

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 bzw. welche Behandlungen erhalten Sie aktuell (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 vegan/vegetarisch/ Mischkost?

Wie sieht ihr üblicher Essensalltag aus?

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

4. Durst / Trinkverhalten

ca ____ Liter/Tag

Ich trinke hauptsächlich _____

5. 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:

6. Beschreibung ihres Stuhlgangs:

Häufigkeit: ____ / Tag bzw. ____ / Woche

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> problemlos | <input type="checkbox"/> Gefühl nicht fertig zu werden |
| <input type="checkbox"/> schmerzhaft | <input type="checkbox"/> klebt an der Toilette/ Papier |
| <input type="checkbox"/> explosionsartig | <input type="checkbox"/> hart |
| <input type="checkbox"/> übel riechend | <input type="checkbox"/> bleistiftartig |
| <input type="checkbox"/> weich | <input type="checkbox"/> wechselhaft (flüssig, fest) |
| <input type="checkbox"/> _____ | |



IV. Vorerkrankungen:

Leiden Sie an Allergien? Ja ____ Nein ____

Wenn ja, welche?

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

Nase/ Rachen:

z.B. trockene Nase, häufige Nasennebenhöhlenentzündung, Geruchsverlust, Schnarchen, Infektanfälligkeit, häufige Mandelentzündungen 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, Divertikel, Hämorrhoiden, Helicobacter Pylori, 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, grüner Star (Glaukom), grauer Star (Katarakt), Makuladegeneration, Netzhautablösung, starker Tränenfluß. Sonstiges:

Ohren

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

Zähne

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

Herz-/ Kreislauf

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

Urogenitaltrakt

z.B. häufige Blasenentzündungen, häufige Pilzerkrankungen im Vaginalbereich, Myome, Zysten, chronische Prostatitis, Entfernung Gebärmutter/ Eierstöcke, 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, Arthrose, Osteoporose, Skoliose, rheumatische Arthritis, Schmerzen im Kiefergelenk, Sonstiges :

17. Stoffwechsel/ Hormonsystem

z.B. Prämenstruelle Beschwerden (PMS), Menopausale Beschwerden, Kaiserschnittgeburten, Schilddrüsenüber-/unterfunktion, Diabetes Typ1/2, Prostatitis, 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:

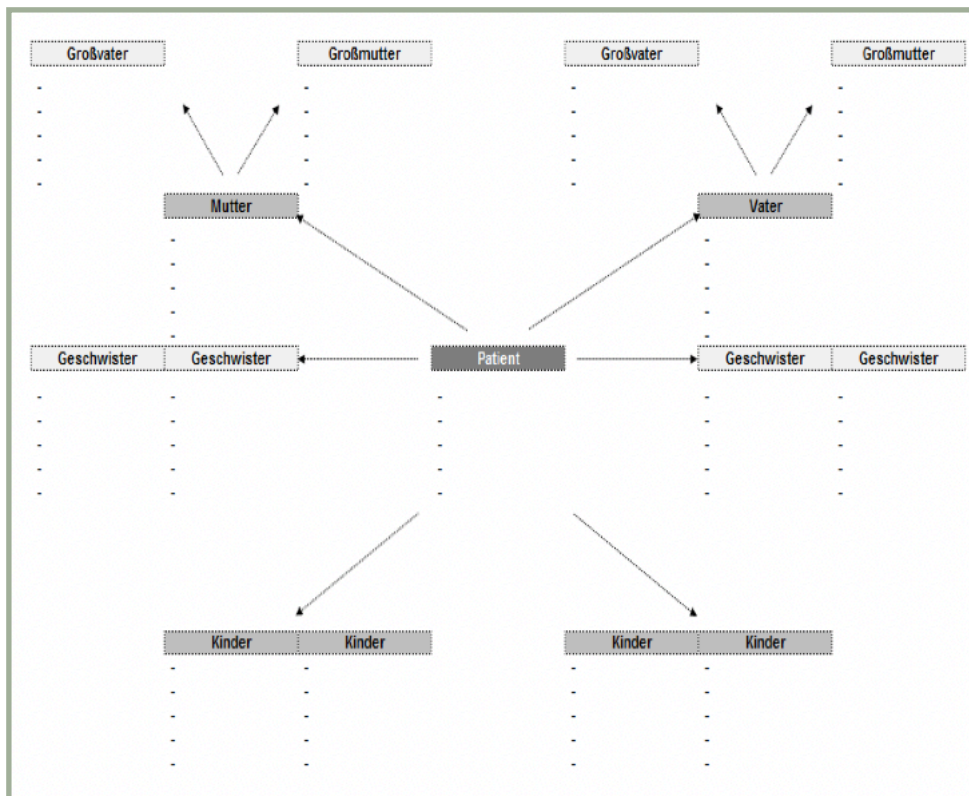
Impfungen/ Impfreaktionen:

19. Traumata

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

20. Familienanamnese

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?





EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG/ HONORARVEREINBARUNG

I. Vertragsgegenstand

Der Patient/in nimmt eine naturheilkundliche, manuelle sowie ernährungstherapeutische Behandlung einschließlich der erforderlichen Diagnostik- und Therapieverfahren in Anspruch. Die Behandlung kann auch Verfahren umfassen, die schulmedizinisch nicht anerkannt oder wissenschaftlich nicht abschließend belegt sind. Ein bestimmter Heil- oder Behandlungserfolg kann nicht zugesichert werden.

Der Patient/in wurde darüber informiert, dass ärztlich verordnete Medikamente oder laufende ärztliche Behandlungen nicht ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt verändert oder abgesetzt werden dürfen.

II. Honorar und Abrechnung Bitte zutreffendes ankreuzen:

- ☐ Selbstzahler (Rechnung für mich)
- ☐ Privat versichert / Zusatzversicherung (Rechnung nach GebüH)

Das Honorar beträgt 90 € pro Stunde. Ersttermin: ca. 120 Min, Folgetermine: 45–90 Min. Beratungen per Telefon oder E-Mail werden ebenfalls nach Zeitaufwand berechnet.

Rechnungszustellung:

☐ per Post. ☐ per E-Mail. E-Mail-Adresse: _____

Zahlbar innerhalb 14 Tagen nach Rechnungsdatum.

III. Ausfallhonorar und Terminabsagen

Vereinbarte Termine sind verbindlich. Nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagte oder nicht wahrgenommene Termine können mit 50 % des Honorars berechnet werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden konnte. Ausgenommen sind akute Krankheitsfälle.

IV. Abrechenbarkeit

Privatversicherte: Abrechnung nach GebüH, Erstattung kann abweichen.

Gesetzlich Versicherte: keine Erstattung.

Der Behandlungsvertrag besteht ausschließlich zwischen Patient/in und Heilpraktikerin Andrea Präuner. Das Honorar ist unabhängig von Erstattungspflichten Dritter zu begleichen.

V. Mitwirkungspflicht

Der Patient/in verpflichtet sich, alle für die Behandlung relevanten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu machen.

VI. Zustimmung

Mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt der Patient/in, die Informationen gelesen und verstanden zu haben und ihnen zuzustimmen.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____



INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ GEMÄß ART. 13 DSGVO

1. Verantwortlicher

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist: Naturheilpraxis Andrea Präuner, Wendelsteinstrasse 12b, 82031 Grünwald, Telefon 089 39294761, praxis@praeuner.de

Ein Datenschutzbeauftragter ist gemäß Art. 37 DSGVO nicht bestellt, da hierfür keine gesetzliche Verpflichtung besteht.

2. Zweck und Art der Datenverarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Diagnostik, Behandlung, Therapie sowie zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt sowohl elektronisch im Praxisverwaltungssystem Lemniscus als auch in Papierform in händisch geführten Patientenakten.

Zu den verarbeiteten Daten zählen insbesondere: Stammdaten und Kontaktdaten, Gesundheitsdaten (z. B. Anamnese, Diagnosen, Befunde, Therapien, Medikation, Behandlungsverläufe). Die Bereitstellung dieser Daten ist für den Abschluss und die Durchführung des Behandlungsvertrages erforderlich. Ohne diese Daten ist eine Behandlung nicht möglich.

3. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf folgenden Rechtsgrundlagen:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Erfüllung des Behandlungsvertrages)
 - Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. Art. 9 Abs. 3 DSGVO (Verarbeitung von Gesundheitsdaten für Zwecke der Gesundheitsversorgung)
 - § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG
 - Art. 9 Abs. 2 lit. f DSGVO (Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen)
- Soweit darüber hinaus eine Einwilligung erforderlich ist (z. B. für Datenübermittlungen außerhalb der Behandlung), erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

4. Empfänger der Daten

Eine Übermittlung Ihrer Daten an Dritte erfolgt nur, sofern dies gesetzlich zulässig ist oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben. Mögliche Empfänger sind: andere Heilpraktiker, Ärzte oder Therapeuten, Kranken- oder Zusatzversicherungen, Abrechnungs- oder Verrechnungsstellen

5. Speicherdauer

Ihre personenbezogenen Daten werden für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gespeichert. Behandlungsunterlagen werden gemäß § 630f BGB für bis zu 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt, sofern keine längeren gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen.

6. Ihre Rechte als betroffene Person / Sie haben das Recht:

- Auskunft über Ihre verarbeiteten personenbezogenen Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO)
 - die Berichtigung unrichtiger oder unvollständiger Daten zu verlangen (Art. 16 DSGVO)
 - unter den gesetzlichen Voraussetzungen die Löschung Ihrer Daten zu verlangen (Art. 17 DSGVO)
 - die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen (Art. 18 DSGVO)
 - Ihre Daten in einem übertragbaren Format zu erhalten (Art. 20 DSGVO)
 - eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)
- Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an die oben genannte verantwortliche Stelle.

7. Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Zuständige Aufsichtsbehörde ist: Der/die Landesbeauftragte für Datenschutz des Bundeslandes, in dem sich die Praxis befindet.

8. Automatisierte Entscheidungsfindung

Eine automatisierte Entscheidungsfindung oder ein Profiling gemäß Art. 22 DSGVO findet nicht statt.

Ort, Datum: _____.

Unterschrift Patient/in: _____