



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 _____

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



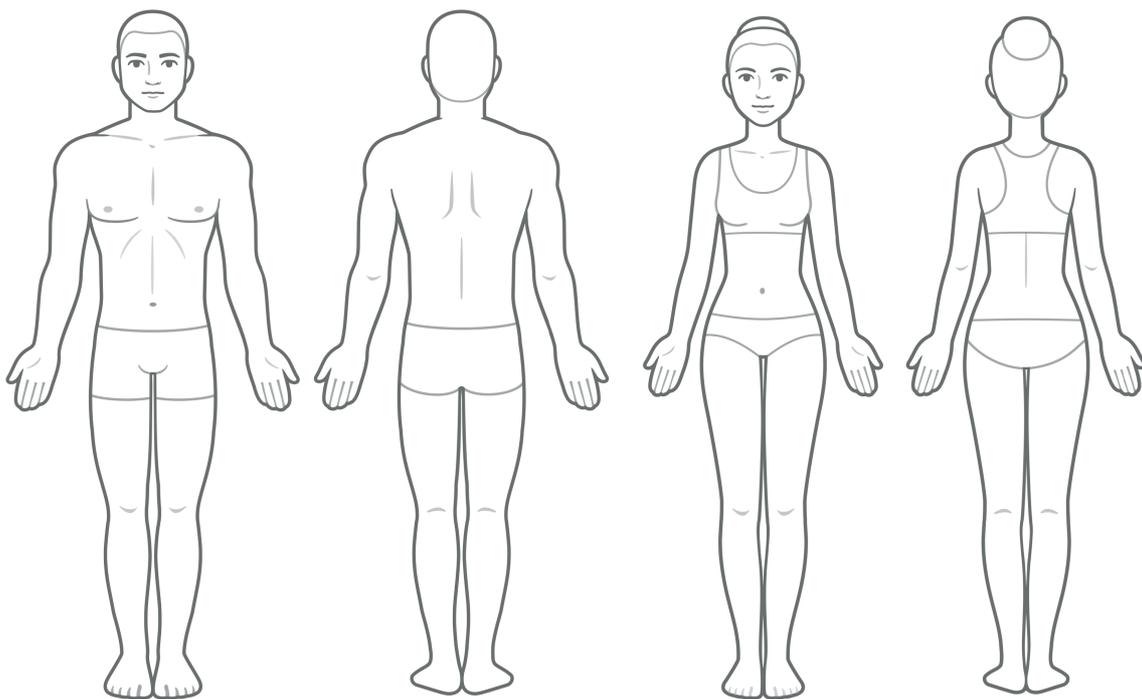
Bei Schmerzen - Wo genau treten die Schmerzen auf?

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

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



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:

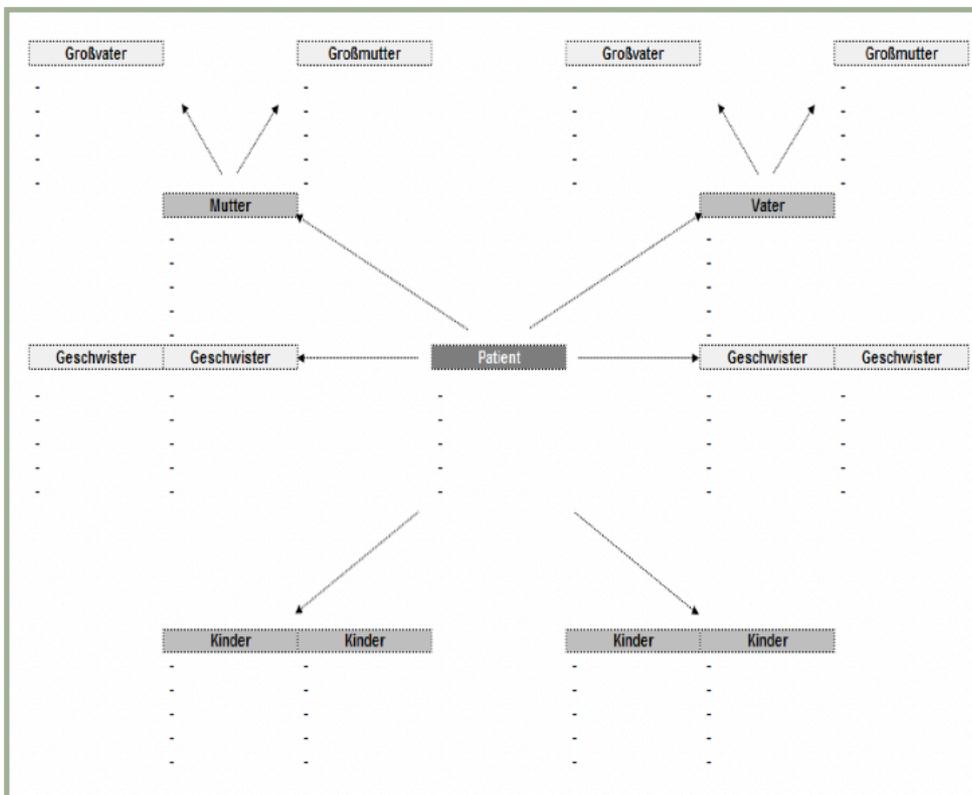
Impfungen/ Impfreaktionen:

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/ 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 i.d.R. 120 Minuten. Folgetermine je nach Behandlungsziel 45-90 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 Honorarabrechnung 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 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 (GebüH). 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/ der Patientin 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: _____



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, Therapieempfehlungen, 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: _____