Sabrina Pfützner

Ernährungsberaterin, Ernährungstherapeutin,
Darm- und Mikronährstofftherapeutin, IPE-Praktitionerin, Coachin
Heilpraktikerin mit Fachkompetenz für holistische Gesundheit

Therapie & Coaching

Gesundes Menschenleben - gesund sein - gesund leben - gesund essen - gesund bleiben

Den Fragebogen bitte ausfüllen UND SPEICHERN. Die gespeicherte Variante können Sie / kannst du dann per Mail an mich senden oder über den Link in der Terminbestätigung in das System hochladen.

Gesundheits-Check-up ausgefüllt am:

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Familienstand:

Größe: Gewicht:

Adresse:

Straße:

Wohnort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Rechnungsadresse: (**wenn abweichend**)

Name:

Straße/Ort:

Die Datenschutzerklärung und den Behandlungsvertrag finden Sie am Ende dieses Dokumentes.

Bitte vergessen Sie nicht diese beiden Punkte anzuhaken, wenn Sie damit einverstanden sind.

Datenschutzerklärung ○ gelesen und anerkannt

Behandlungsvertrag ○ gelesen und anerkannt

Hauptgrund des Termins:

- ☐ allgemeine Gesundheitsberatung
- ☐ Gesundheitsvorsorge / Prävention
- ☐ Gesunde Ernährung
- ☐ Gesundheitsvorsorge / Prävention
- ☐ Stressmanagement / Stressreduktion
- ☐ Stoffwechselstörungen
- ☐ Verbesserung der Energie
- ☐ mehr Wohlbefinden
- ☐ allg. Ernährungsberatung
- ☐ Ernährungsumstellung
- ☐ Ernährungstherapie
- ☐ Behandlung / Therapie chronischer Beschwerden / Erkankungen
- ☐ ärztliche Empfehlung
- ☐ Sonstiges bzw. Grund der ärztlichen Empfehlung

Hauptbeschwerden – Termingrund / Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

Sind Sie / bist du bereit, die Ernährung bzw. wenn nötig auch Ihre /deine Lebensweise grundlegend zu verändern?

○ Ja ○ Nein ○ Ich bin mir nicht sicher

Zubereitung der Mahlzeiten:

Ich koche selber:	○ immer	○ häufig	○ selten	○ so gut wie nie
Ich esse Fertiggerichte / Fastfood	○ immer	○ häufig	○ selten	○ so gut wie nie

Aktuelle Medikamente:	**Dosierung** (bitte Inhalt je Kapsel oder Tagesdoseis mit angeben)
☐ Schlafmittel / Einschlafhilfen	
☐ Betablocker / Blutdrucksenker	
☐ Antibabypille	
☐ andere Hormonpräparate	
☐ Schmerzmittel	
☐ Insulin	
☐ Schilddrüsenmedikamente	
☐ Psychopharmaka / Antidepressiva	
☐ Abführmittel	
☐ Magensäureblocker / PPI	
☐ Cholesterinsenker / Statine	
☐ Antibiotika	
☐ Sonstige Medikamente	

Gab/gibt es Überreaktionen auf Medikamente, Heilbäder, Hormontherapien?

○ Ja ○ Nein

Wenn ja, welche?

Einnahme sonstiger naturheilkundlicher Arzneimittel – z.B. **homöopathische Arzneimittel, Bachblüten,** etc.

Nahrungsergänzungsmittel – bitte mit genauer Dosierung

Welche Impfungen haben Sie bekommen? Welches war die letzte Impfung?

Infektionskrankheiten, Kinderkrankheiten ? (Bitte mit ungefährem Datum angeben)
(Masern, Röteln, Mumps, Keuchhusten, andere Kinderkrankheiten,
Viruserkrankungen – EBV, Borreliose, Covid 19 etc.)

Zahnstatus

Gibt es Beschwerden im Hinblick auf die Zahngesundheit?

Haben Sie:

- ☐ Wurzelbehandelte Zähne
- ☐ Wurzeltote Zähne
- ☐ lockere Zähne
- ☐ chronische Zahnfleischentzündung
- ☐ Fehlende Zähne
- ☐ Parodontose
- ☐ Parodontitis
- ☐ häufiges Zahnfleischbluten
- ☐ Kieferknacken
- ☐ Verspannte Kiefermuskulatur / Schmerzen im Kiefer
- ☐ Amalgam noch vorhanden
- ☐ Amalgam wurde bereits komplett entfernt
- ☐ Amalgamausleitung ist erfolgt
- ☐ Ich hatte keine Amalgamfüllungen
- ☐ Goldfüllung(en)
- ☐ Gold nach Amalgamfüllung(en)
- ☐ Andere Legierungen
- ☐ Implantate
- ☐ Brücken
- ☐ Kronen
- ☐ Gebleichte Zähne
- ☐ Fluoridbehandlung
- ☐ Aufbißschiene
- ☐ Zahnspange

Körpertemperatur (zur Beurteilung des Stoffwechsels)

Bitte messen Sie über **1 Woche 1x täglich oral** Ihre **Körpertemperatur** möglichst mit einem digitalen Thermometer (**morgens, noch im Bett, vor dem Aufstehen**) und tragen Sie diese Werte bitte hier ein:

Tag 1 ☐ Tag 2 ☐ Tag 3 ☐ Tag 4 ☐

Tag 5 ☐ Tag 6 ☐ Tag 7 ☐

Familienanamnese: Welche Erkrankungen sind **in Ihrer / deiner Familie** aufgetreten?
(Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

Vater	
Großeltern Vater Mutter d. Vaters	
Vater d. Vaters	
Onkel väterlich	
Tante väterlich	
Mutter	
Großeltern Mutter Mutter d. Mutter	
Onkel mütterlich	
Onkel väterlich	
Vater d. Mutter	
Kinder	
Geschwister	

M= Milchschorf
E = Ekzeme / Neurodermitis
N = Nesselfieber, Nesselsucht
P = Psoriasis

S = Schwellungen jeglicher Art
KR = Krampfadern
HR = Hämorrhoiden

H = Heuschnupfen
B = Bronchitis
A = Asthma

D = Magen-Darm-Erkrankungen (Colitis ulzerosa, Rezidarm, Morbus crohn, Divertikel etc.)
N = Nahrungsmittelunverträglichkeiten

K = Kopfschmerzen und Migräne

AU = Autoimmunerkrankungen

Z = Zuckerkankheit / Diabetes Mellitus

R = Rheuma, Arthritis, Arthrose
G = Gicht

CA = Krebs /Tumore

SA = Schlaganfall
BL = Bluthochdruck
HI = Herzinfarkt

Platz für sonstige Erkrankungen in der Familie:

Diese Seite bitte nur bei Gewichtsproblemen ausfüllen:

Gewichtsentwicklung

Gewicht in der Kindheit (unter/über/normalgewichtig):

Gewicht in der Jugend:

Mit ca. 20 Jahren:

Wann begannen die Gewichtsprobleme aus Ihrer Sicht?:

Gewichtsverlauf der letzten 2-5 Jahre:

Bestandsaufnahme:

Aktuelles Gewicht: Wunschgewicht:

Größe: BMI:

Hüftumfang: Taillenumfang:

Bei Gewichtszunahme, wo haben Sie insbesondere zugenommen? :

☐ Bauch ☐ Hüften ☐ Beine ☐ Po ☐ Oberkörper ☐ Nacken

Welche Maßnahmen / Diäten erfolgten bereits?

Bei Gewichtsabnahmewunsch: Falls Sie diese Werte kennen, bitte eintragen:

Viszeralfett: Muskelanteil:

Grundumsatz WENN bekannt:

Geschätzter Leistungsumsatz:

Täglicher Energiebedarf:

Errechnete Tageszufuhr:

Tägliche Energiebilanz:

Leiden Sie / du unter Essstörungen? ○ ja ○ nein ○ früher mal

Aktuelle Symptome / Beschwerden

Auftreten / Beginn chronischer Erkrankungen – möglichst in zeitlicher Reihenfolge

Bestanden früher folgenden Krankheiten oder Symptome?

☐ Säuglingsekzem / Milchschorf	von wann bis wann?	
☐ Krupphusten als Kleinkind	von wann bis wann?	
☐ (spastische) Bronchitis - gehäuft aufgetreten	von wann bis wann?	
☐ Heuschnupfen	von wann bis wann?	
☐ sturzartiges Erbrechen als Säugling oder Kleinkind	von wann bis wann?	
☐ häufige Kier- oder Stirnhöhlenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ chronischer Schnupfen	von wann bis wann?	
☐ Nesselsucht / Urtikaria	von wann bis wann?	
☐ Schwellungen der Augenpartien bzw. Augenlider	von wann bis wann?	
☐ Ekzeme / Neurodermitis	von wann bis wann?	
☐ Migräne oder halbseitige Kopfschmerzen	von wann bis wann?	
☐ Durchfälle (häufig) oder erschwerte Verdauung	von wann bis wann?	
☐ vorübergehende Schwerhörigkeit	von wann bis wann?	
☐ Bluthochdruck	von wann bis wann?	
☐ erhöhte Cholesterinwerte	von wann bis wann?	
☐ Arthrose, Arthritis, rheumatische Erkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Nierenerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Blasenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ Otitis / Ohrenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ Schlafstörungen / Einschlafstörungen	von wann bis wann?	
☐ nicht abschalten können / Gedankenandrang	von wann bis wann?	
☐ Überforderung / Stressbelastung	von wann bis wann?	
☐ ADS / ADHS	von wann bis wann?	
☐ chronische Erschöpfung oder Schwäche	von wann bis wann?	
☐ Burnout / Depressionen / Angsterkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Magen-Darm-Erkrankungen jeglicher Art	von wann bis wann?	
☐ Krämpfe / Krampfleiden	von wann bis wann?	
☐ Schwindel / Drehschwindel / Gleichgewichtsstörungen	von wann bis wann?	
☐ Durchblutungsstörungen	von wann bis wann?	
☐ Erkrankungen des Gehirns	von wann bis wann?	
☐ Herzerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Krampfadern	von wann bis wann?	
☐ Krebserkrankungen / Tumore - auch gutartig	von wann bis wann?	
☐ Autoimmunerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Gendefekte	von wann bis wann?	

Sonstige frühere Erkrankungen:

Zu Ihrer AKTUELLEN GESUNDHEIT:

Allgemeines:

☐ gibt es Wassereinlagerungen / Ödeme?
☐ gibt es Fetteinlagerungen (Lipödem, Lipome?)
☐ Neigung zu entzündlichen Erkrankungen

Wie ist Ihr Blutdruck normalerweise (ungefähr)

Sonstiges

Wärmehaushalt

☐ normal ☐ generell zu warm ☐ Hitzewallungen ☐ häufig Fieber ☐ schnelles Frieren

Schwitzen

☐ normal ☐ nur beim Sport ☐ kein Schwitzen ☐ Vermehrtes Schwitzen ☐ Schweiß färbt die Wäsche gelb

Energie

☐ sehr belastbar ☐ mäßig belastbar ☐ kaum belastbar ☐ nicht belastbar
☐ antriebslos ☐ stressempfindlich ☐ sehr überempfindlich - Kleinigkeiten stressen bereits
☐ müde und erschöpft ☐ überlastet ☐ ständig gestresst ☐ oft am Wochenende oder im Urlaub krank

Sonstiges

Gedächtnis / Konzentration

☐ Konzentrationsschwierigkeiten ☐ geringe Merkfähigkeit ☐ Lernschwierigkeiten ☐ schlechtes Kurzzeitgedächtnis

Sonstiges

Stimmung

☐ reizbar ☐ wütend ☐ depressiv ☐ traurig ☐ ungeduldig
☐ unruhig / rastlos ☐ kummervoll ☐ aggressiv ☐ nervös ☐ weinen
☐ mitleidig ☐ sehr mitfühlend ☐ Stimmungsschwankungen

Sonstiges

Psyche

☐ Ängste ☐ Panikattacken ☐ Depressionen ☐ Phobien
☐ Tic's ☐ Zwängel
☐ oft zu spät ☐ stets überpünktlich ☐ pedantisch ☐ ordentlich ☐ unordentlich

☐ Gedankenandrang ☐ kann nicht loslassen ☐ verantwortlich fühlend ☐ Schuldgefühle ☐ viele Sorgen
☐ depressive Verstimmungen ☐ Burnout
☐ traumatische(s) Erlebniss(e) in der Vergangenheit ☐ Verlust einer geliebten Person/eines geliebten Tieres
☐ Pflegen Angehörigen /Kümmern um Angehörige ○ aktuell ○ früher

Erläuterung zu den Psychischen Symptomen

Wie glücklich sind Sie (-10 bis +10) ☐

Verhältnis zur Familie

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ garnicht

Soziale Kontakte

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ garnicht

Überempfindlichkeiten:

☐ Hitze ☐ Kälte ☐ Sonne ☐ Licht ☐ Gerüche ☐ Erschütterungen
☐ Schmerzen ☐ Berührung ☐ Geräusche ☐ Rollokragen ☐ bestimmte Textilfasern
☐ Tücher / Schals ☐ Metalle ☐ Medikamente ☐ viele Menschen ☐ Nahrungsmittel
☐ Hochsensibel ☐ Hochintelligent ☐ Hellsichtig

☐ See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten

Sonstiges

Unverträglichkeiten / Allergien

- ☐ Gluten
- ☐ Laktose
- ☐ Histamin
- ☐ Fruktose
- ☐ Obstsorten
- ☐ Fette
- ☐ Schwefeldioxid
- ☐ Sorbit
- ☐ Milch /Milchprodukte
- ☐ Milcheiweiß
- ☐ Hühnereiweiß
- ☐ Soja
- ☐ Fisch
- ☐ Krustentiere /Meeresfrüchte
- ☐ Paprika
- ☐ Zwiebel / Knoblauch
- ☐ Erdnüsse
- ☐ Nüsse
- ☐ Lupine
- ☐ Sesam
- ☐ Senf
- ☐ Sellerie

- ☐ Heuschnupfen
- ☐ Kreuzallergien
- ☐ Tierhaare
- ☐ Medikemente

Sonstiges

Desensibilisierung: ○ ja ○ nein

Verlangen:

- ☐ Zucker / Süß
- ☐ sauer
- ☐ salzig
- ☐ Schokolade
- ☐ bitter
- ☐ scharf
- ☐ pikant
- ☐ Eier
- ☐ Fleisch
- ☐ Fett
- ☐ Käse
- ☐ Brot
- ☐ Obst
- ☐ Fisch
- ☐ Milch / Milchprodukte
- ☐ Obst
- ☐ Kaffee
- ☐ Tee
- ☐ Nikotin
- ☐ Drogen
- ☐ Alkohol
- ☐ Energiedrinks

Sonstiges

Abneigung / Ekel gegenüber:

- ☐ Zucker / Süß
- ☐ sauer
- ☐ salzig
- ☐ Schokolade
- ☐ bitter
- ☐ scharf
- ☐ pikant
- ☐ Eier
- ☐ Fleisch
- ☐ Fett
- ☐ Käse
- ☐ Brot
- ☐ Obst
- ☐ Fisch
- ☐ Milch / Milchprodukte
- ☐ Obst
- ☐ Kaffee
- ☐ Tee
- ☐ Alkohol

Sonstiges

Auf welche Lebensmittel könn(t)en Sie nicht / nur schwer verzichten?

Körpergefühl:

- ☐ normal
- ☐ Untergewicht
- ☐ Übergewicht
- ☐ starkes Übergewicht

Ernährung

- ☐ normal
- ☐ vegetarisch
- ☐ vegan
- ☐ laktosefrei
- ☐ glutenfrei
- ☐ ketogen
- ☐ fruktosearm/frei
- ☐ histaminarm
- ☐ low carb
- ☐ Paleo
- ☐ clean eating
- ☐ Rohkost
- ☐ Diät
- ☐ viele Fertigprodukte
- ☐ bereits mehrere Diäten gemacht

Sonstiges

Essgewohnheiten

☐ in Ruhe ☐ im Stehen ☐ Zwischendurch ☐ Unterwegs

Wie viele Mahlzeiten essen Sie? _____

Getränke

☐ schwarzer Tee ☐ grüner Tee ☐ Früchtetee ☐ Kräutertee ☐ Kaffee ☐ Cola
☐ Säfte ☐ selbst gepresste Säfte ☐ Softdrinks ☐ Mineralwasser still
☐ Mineralwasser sprudel ☐ Leitungswasser ☐ Osmosewasser
☐ Bier ☐ Wein ☐ Schnaps ☐ andere alkoholische Getränke

Sonstiges _____

Training / Sport

☐ regelmäßig ☐ moderat ☐ untrainiert ☐ Leistungssport
☐ Ausdauertraining ☐ Muskeltraining ○ 1x pro Woche ○ 2-3x pro Woche ○ öfter

Sportarten

_____

Schlaf

☐ schlechter Schlaf ☐ guter Schlaf ☐ schlechtes Einschlafen ☐ Sprechen im Schlaf
☐ leichter Schlaf ☐ häufiges Erwachen ☐ Schlafwandeln ☐ Schwitzen im Schlaf
☐ lebhafte Träume ☐ schlechte Träume ☐ keine Traumerinnerung ☐ Gedankenandrang
☐ unruhige Beine ☐ häufiges Wasserlassen ☐ Zähne knirschen ☐ Zähne zusammenbeißen
☐ Hitzewallungen ☐ Erwachen und das Gefühl HELLWACH zu sein ☐ regelmäßiges Erwachen zwischen 1-3 Uhr

häufiges Erwachen (wie oft?) _____ wodurch?: _____ wann: _____

Sonstiges _____

Witterungseinflüsse – Reaktion auf / bei

☐ Neumond ☐ Vollmond ☐ Gewitter ☐ Regenfront ☐ Föhn
☐ trockene Kälte ☐ feuchte Kälte ☐ trockene Hitze ☐ feuchte Hitze
☐ allg. besser am Meer ☐ allg. besser im Gebirge

Wetterumschwung verschlechtert ☐ von warm zu kalt ☐ von kalt zu warm

Befinden insgesamt

schlechter durch: _____

besser durch: _____

Autoimmunerkrankungen

Welche, seit wann?

Kopf / Kopfschmerzneigung

☐ häufige Kopfschmerzen ☐ Spannungskopfschmerzen ☐ Migräne ☐ mit Aura
☐ einseitig ☐ rechts ☐ links ☐ beidseitig ☐ Hinterkopf ☐ Stirn ☐ Schläfen

Kopfschmerzauslöser bekannt:

Sonstiges

Haare ☐ Haarausfall ☐ kreisrund ☐ diffus ☐ früh ergraut

Sonstiges

Augen

☐ Augenerkrankungen ☐ Augenfehler ☐ grauer Star ☐ grüner Star
☐ weitsichtig ☐ kurzsichtig ☐ wechselhaftes Sehen
☐ Maculadegeneration ☐ feucht ☐ trocken

Sonstiges

Ohren

☐ Neigung zu Ohrenschmerzen ☐ Tinnitus / Ohrgeräusche ☐ Tinnitus generalisiert

Sonstiges

Nase

☐ Heuschnupfen ☐ häufige Erkältungen ☐ häufige Nebennöhlenentzündungen /Sinusitiden
☐ Nase laufen in bestimmten Situationen

Sonstiges

Mund

☐ rissige Mundwinkel ☐ Mundgeruch ☐ Aphten ☐ Mundtrockenheit
☐ rissige Lippen ☐ rissige Mundwinkel ☐ Herpes

Sonstiges

Hals

☐ häufige Mandelentzündungen ☐ häufige Halsschmerzen ☐ Kloßgefühl

Sonstiges

Schilddrüse

☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Morbus Basedow ☐ Hashimoto Thyreoiditis ☐ kalte Knoten
☐ vergrößerter Umfang
☐ Druckgefühl ☐ Engegefühl ☐ Volumen vermindert
☐ Operation ☐ teilentfernt ☐ Teilentfernt

Sonstiges

Atemwegserkrankungen

☐ häufige Bronchitis ☐ Asthma ☐ allergisches Asthma ☐ häufige Hustenerkrankur
☐ Lungenentzündung(en) ☐ Brustfellentzündung(en ☐ Rippenfellentzündung(en)

Sonstiges

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

☐ Entzündungen ☐ Hepatitis ☐ Fettleber ☐ nichtalkoholische Fettleber
☐ Gallensteine ☐ GallenOP / Galle entfernt ☐ Gallenkoliken
☐ Druckgefühl im Oberbauch ☐ Fettstühle ☐ Fettstühle ☐ Fettunverträglichkeit
☐ Gelbfärbung der Haut oder der Augen / bzw. Schleimhäute
☐ Auffällige Leberwerte im Blutbild

Sonstiges

Magen

☐ Magenschmerzen ☐ Reflux ☐ Helicobacter ☐ Gastritis ☐ häufiges Aufstoßen
☐ Appetitlosigkeit ☐ Sodbrennen ☐ Völlegefühl ☐ Übelkeit ☐ häufges Erbrechen
☐ Druckgefühl im Oberbauch ☐ Fettstühle ☐ Fettstühle ☐ Fettunverträglichkeit
☐ Beschwerden nach dem Essen ☐ Beschwerden auf nüchternen Magen

Sonstiges

Abdomen / Unterbauch / Darm

☐ Geräusche (rumoren, gluckern..) ☐ Krämpfe ☐ Schmerzen ☐ Entzündungen
☐ Windabgänge ☐ Blähungen ☐ Auftreibungen ☐ Divertikel ☐ Morbus crohn ☐ Colitis ulzerosa
☐ Fisteln ☐ Analfissuren ☐ Blinddarm entfernt ☐ Juckreiz am Anus
☐ Hämorrhoiden ☐ Druckempfindlichkeit

Sonstiges

Stuhlgang

☐ häufige oder stete Durchfälle ☐ Verstopfung(sneigung) ☐ normale Verdauung ☐ regelmäßiger Stuhlgang
☐ fettiger Stuhl ☐ blutiger Stuhl ☐ schleimiger Stuhl ☐ breiiger Stuhl ☐ schaumiger Stuhl
☐ normal geformt ☐ auffälliger Geruch ☐ stinkend ☐ säuerlich ☐ faulig
☐ Gefühl nicht fertig zu werden ☐ Verbrauch großer Mengen Toilettenpapier

Sonstiges

Blase / Nieren

☐ Erkrankungen der Harnblase ☐ Erkrankungen der Harnröhre
☐ Erkrankungen der Nieren ☐ Nierensteine ☐ Urin dunkelgelb bis braun ☐ Urin blutig
☐ häufiges Wasserlassen ☐ Reizblase / Stressblase
☐ Impfung gegen Blasenentzündung

Sonstiges

Arme

☐ Bewegungseinschränkungen ☐ Durchblutungsstörungen ☐ Kälteempfindungen
☐ Einschlafen der Hände ☐ Tennisellenbogen ☐ Maushand ☐ andere Schmerzen
☐ Deputren Kontraktur ☐ Raynaud Syndrom

Sonstiges

Beine

☐ Krampfadern ☐ Kältegefühl ☐ Kribbeln ☐ Taubheitsgefühl
☐ Besenreiser ☐ Hühneraugen ☐ Krämpfe / Wadenkrämpfe
☐ Durchblutungsstörungen ☐ Neuropathie / Polyneuropathie

Sonstiges

Rücken

☐ eingeschränkte Beweglichkeit ☐ Kalkschulter ☐ Verspannungen ☐ Bandscheibenvorfall

Sonstiges

Probleme mit der Wirbelsäule – welche Wirbel sind betroffen?

Bewegungsapparat

☐ rheumatische Erkrankung ☐ Fibromyalgie ☐ Arthrose ☐ Arthritis ☐ Gicht

Welche Diagnose wurde gestellt?

Sonstiges

Haut / Nägel

- ☐ Urtikaria
- ☐ Neurodermitis
- ☐ Ekzeme / Hautausschläge
- ☐ Nagelbettentzündungen
- ☐ Juckreiz
- ☐ Atherome
- ☐ Gichtknoten
- ☐ Lipome
- ☐ Rosacea
- ☐ Deputren Kontraktur
- ☐ Raynaud Syndrom
- ☐ Pilzerkrankungen /Vaginal, Nagelpilze etc.
- ☐ brüchige Nägel
- ☐ Rillen in den Nägeln
- ☐ weiße Flecken auf den Nägeln
- ☐ Nagelverfärbungen

Sonstiges

Weiblich / Männlich

- ☐ Geschlechtserkrankungen
- ☐ HIV
- ☐ Schleimhauterkrankungen

Welche Diagnose wurde gestellt?

Männer

- ☐ Beschwerden mit der Prostata
- ☐ erhöhter PSA
- ☐ Beschwerden beim Urinabsatz
- ☐ häufiges Wasserlassen
- ☐ Urin kann nicht gehalten

Sonstiges

Frauen

- ☐ Menstruationsbeschwerden
- ☐ unregelmäßige Menstruation
- ☐ zu früh / zu kurz
- ☐ zu spät / zu lang
- ☐ PMS
- ☐ Blut dunkelrot

Wie ist die Blutung? dunkelrot, hellrot, stark, schwach, mit Schleimhaut,

Schmerzen während, vor, nach der Mens, wo sind die Schmerzen?

Sonstiges

Besteht eine Sucht, Abhängigkeit? Drogen, Alkohol, digitale Medien, sonstige Stimulanzien

Platz für weitere Anmerkungen

Beschreiben Sie bitte stichpunktartig Ihre gewöhnlichen Mahlzeiten / Ihre normale Ernährung

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Nachmittag / Kaffezeit / Snack

Abendessen

Mahlzeiten am Wochenende

Behandlungsvertrag

Zwischen

Sabrina Pfützner – Naturheilpraxis & Health Coaching
Ganzheitliche Beratung, Begleitung, Therapie und Coaching
Mehrower Allee 36b, 12687 Berlin

und

Herr/Frau	Bei Kindern für: Name und Vorname des Kindes (ggf. abweichender Wohnort

Es wird folgender Vertrag geschlossen:

§ 1 Vertragsgegenstand

Der Patient/die Patientin nimmt eine Beratung, Therapiebegleitung, Ernährungstherapie bzw. die (ergänzende)naturheilkundliche Behandlung oder ein Coaching der Heilpraktikerin in Anspruch.

§ 2 Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand der Heilpraktikerin.
Das Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 findet keine Anwendung, die entsprechenden Behandlungsziffern werden dennoch in der Rechnung mit aufgeführt.

Der Klient/ die Klientin, Patient/ Patientin hat das Erstattungsverfahren gegenüber seiner/ihrer Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Die hierzu erforderlichen Rechnungen händigt die Heilpraktikerin dem Klienten / Patienten aus. Das Ergebnis des Erstattungsverfahrens gegenüber der Krankenkasse lässt den Honoraranspruch der Heilpraktikerin gegenüber dem Klienten / Patienten unberührt.

Der Klient / Patient hat die von der Heilpraktikerin gestellten Rechnungen in jedem Fall mit Rechnungsstellung zum Fälligkeitstermin zu begleichen.

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der Klient / Patient wird auf Folgendes hingewiesen:

- Die Behandlung der Heilpraktikerin kann und soll eine ärztliche Therapie nicht vollständig ersetzen/ nicht immer vollständig ersetzen.

- Sofern ärztlicher Rat erforderlich ist, wird die Heilpraktikerin unverzüglich eine Behandlung durch einen Arzt bzw. die Einholung einer ärztlichen Diagnose empfehlen. Dies gilt auch dann, wenn der Heilpraktikerin aufgrund eines gesetzlichen Tätigkeitsverbots eine Behandlung nicht erlaubt ist.
  Sollte der Klient / Patient der Empfehlung zum Aufsuchen eines Facharztes oder zur Inanspruchnahme einer weiteren diagnostischen Untersuchung nicht nachkommen, so tut er/sie dies auf eigene Verantwortung! Die Heilpraktikerin dokumentiert jede Empfehlung zum Aufsuchen eines Facharztes in der Krankenakte.

- Für die Erteilung einer Auskunft der Heilpraktikerin an Dritte ist die schriftliche Einwilligung des Klienten / Patienten (oder des gesetzlichen Vertreters) erforderlich (siehe Datenschutzerklärung).

- Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen die Behandlungskosten der Heilpraktikerin nicht oder nur teilweise. Gesetzlich versicherte Patienten/Patientinnen haben die Behandlungskosten meist selbst zu tragen. Mitglieder privater Krankenversicherungen oder Beihilfeberechtigte können einen (Teil-)Erstattungsanspruch der Behandlungskosten gegenüber ihrer Versicherung haben (bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse!).

- Ein Versprechen über einen Behandlungs- bzw. Heilungserfolg kann, darf und wird die Heilpraktikerin nicht abgeben.

- Die Heilpraktikerin kann die Behandlung abbrechen/beenden, sofern der Klient / Patient seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt und **keine oder nur unzureichende Rückmeldungen zum Behandlungsverlauf** erfolgen. Beendet oder pausiert der Klient / Patient die Behandlung von sich aus, sind **ALLE** von der Heilpraktikerin verordneten Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel vom Klienten / Patienten abzusetzen.
  Die Heilpraktikerin kann in diesem Fall ihrer Sorgfaltspflicht nicht nachkommen und somit die Verantwortung für die Behandlung nicht (weiter) übernehmen.

- **Die Kommunikation bzw. Kontaktaufnahme zwischen Heilpraktikerin und Patient/in erfolgt über Telefon, Videotelefonie und E-Mail. Es besteht kein Anspruch auf Beantwortung von Textnachrichten über Messenger-Dienste.**

§ 4 Ausfallhonorar

Versäumt der Klient / Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, kann die Heilpraktikerin ein Ausfallhonorar in Hohe von 50 % des für den Termin anfallenden Betrag in Rechnung stellen.
Dies gilt nicht, wenn der Klient / Patient mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder ohne eigenes Verschulden am Erscheinen verhindert ist.
Der Nachweis, dass kein Schaden oder nur ein wesentlich niedrigerer Schaden entstanden sei, bleibt hiervon unberührt.

§ 5 Datenschutz

Persönliche oder personenbezogene Daten werden nur soweit erhoben, wie sie zur Diagnosestellung, Behandlung, Dokumentation, Kommunikation und Rechnungsstellung notwendig sind. Patientendaten dürfen von der Heilpraktikerin zu Statistikzwecken nur anonymisiert dokumentiert und ausgewertet werden.

Sämtliche in den Fragebögen gemachte Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Die Einverständniserklärung des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters zur Erhebung /-Verarbeitung /-Übermittlung der Patientendaten ist Bestandteil dieser Vereinbarung.
Die detaillierten Ausführungen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der gesonderten Datenschutzerklärung.

Aus Gründen der Sorgfaltspflicht ist es untersagt, individuell erstellte Therapiepläne weiter zu geben bzw. im Internet oder sozialen Netzwerken zu veröffentlichen bzw. Empfehlungen daraus an andere Personen weiter zu geben.

§ 6 Vertraulichkeit der Behandlung

- a) Die Heilpraktikerin behandelt die Patientendaten vertraulich und erteilt bezüglich der Diagnose, der Beratung und der Therapie sowie deren Begleitumständen und den persönlichen Verhältnissen des Patienten Auskünfte nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Zustimmung des Patienten/der Patientin.

- Absatz a) ist nicht anzuwenden, wenn die Heilpraktikerin auf Grund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist – beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen - oder auf behördliche oder gerichtliche Anordnung auskunftspflichtig ist.
  Dies gilt ebenso auch bei Auskünften an Personensorgeberechtigte, nicht aber für Auskünfte an Ehegatten, Verwandte oder Familienangehörige.
  Absatz a) ist ferner nicht anzuwenden, wenn in Zusammenhang mit der Beratung, Diagnose oder Therapie persönliche Angriffe gegen die Heilpraktikerin oder ihre Berufsausübung stattfinden und sie sich mit der Verwendung zutreffender Daten oder Tatsachen entlasten kann.

- Die Heilpraktikerin führt Aufzeichnungen über ihre Leistungen (digitale Handakte – siehe Datenschutz).

- Bei Beendigung des Behandlungsverhältnisses (durch den Patienten/die Patientin oder die Heilpraktikerin) werden die Daten des Klienten / Patienten 10 Jahre gespeichert, danach gelöscht.

Sabrina Pfützner
Heilpraktikerin / Ernährungsberaterin

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern der kleinen Patienten,

nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) bin ich Wirkung zum 25.5.2018 verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck ich Ihre personenbezogenen Daten erhebe, speichere und ggf. an Dritte weiterleite und welche Rechte Ihnen bezüglich Ihrer Daten zustehen.

Im Einzelnen führe ich insofern wie folgt aus:

Der Verantwortliche für die Verarbeitung der Patientendaten ist der Praxisinhaber:

Sabrina Pfützner – Naturheilpraxis & Health Coaching
Mehrower Allee 36b, 12687 Berlin
Telefon: 030 – 81 03 49 89
E-Mail: praxis@gesundes-menschenleben.de
www.gesundes-menschenleben.de

Ein ständiger Vertreter und/oder Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis nicht vorhanden.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der heilkundlichen Versorgung bzw. 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 (wie vollständiger Name, Geburtsname, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf, Adresse, E-Mailadresse, Telefonnummern, Rechnungsnummern, Bankdaten, Konfession) insbesondere auch um

- Gesundheitsdaten wie Anamnese
- Medikation
- Diagnosen
- Therapievorschläge
- Befunde
  Auch andere Heilpraktiker/Ärzte, bei denen Sie sich in Behandlung befinden, können mir zu diesem Zweck und mit Ihrer Erlaubnis Daten zur Verfügung stellen.

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist auf der Grundlage des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und der Naturheilpraxis Sabrina Pfützner eine notwendige Voraussetzung für eine adäquate und sorgfältige Behandlung.

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 sein wie:

- Heilpraktiker (nur mit ausdrücklicher Zustimmung)
- Ärzte (nur mit ausdrücklicher Zustimmung)
- Apotheken (Rezepte)
- Labore (Beauftragung von Laborleistungen)
- Hersteller von Nahrungsergänzungs- und sonstigen naturheilkundlichen Arzneimitteln
- Physiotherapeuten oder andere in dieser Richtung arbeitende Praxen bzw. Therapeuten (Osteopathen, Masseure etc.)
- Krankenkassen
- Medizinischer Dienst und Krankenversicherungen
- Berufsgenossenschaften
- Meldung gemäß Bundesinfektionsschutzgesetz (bei übertragbaren Krankheiten; auch ohne Zustimmung) – ggf. anonymisiert oder pseudonymisiert
- Verrechnungsstellen
- Steuerberater
- Lieferdienste, Briefzusteller (DHL, Hermes etc.)

Ihre personenbezogenen Daten werden in der Praxis noch mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630 f BGB). Unter Umständen können sich nach anderen gesetzlichen Bestimmungen auch längere Aufbewahrungsfristen ergeben (bspw. müssen Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen gem. 3 28 Abs. 3 RöV noch mindestens 30 Jahre nach der Behandlung aufbewahrt werden).

Rechtsgrundlage 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, 3 22 Abs. 1 Nr. 1 b) BDSG und die in diesem Zusammenhang von Ihnen angegebenen Einwilligungserklärungen.

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 gespeicherten 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 das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu, soweit Sie der Auffassung sind, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten gegen die DS-GVO verstößt.

Bei Fragen zu den einzelnen Punkten stehe ich Ihnen selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Videosprechstunde

Gespräche, weiterführende Beratungen, Verlaufskontrollen von Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen Betreuung durch Ihren Therapeuten. Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich. Ihr Arzt oder Therapeut entscheidet, ob eine Konsultation per Videosprechstunde für Sie in infrage kommt.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Arzt/Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr Arzt/Therapeut befinden sich nur nicht am selben Ort. Der Austausch erfolgt am Bildschirm, ohne dass Sie hierzu in die Praxis kommen müssen. Dies spart Zeit und Mühen langer Wege für Sie.
Für die Videosprechstunde benötigen Sie keine besondere Technik: Computer oder Tablet mit Bildschirm oder Display, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher sowie eine Internetverbindung reichen aus. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter, den Ihr Arzt/Therapeut beauftragt und der besondere Sicherheitsanforderungen erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass das, was Sie mit Ihrem Arzt/Therapeuten besprechen, auch vertraulich bleibt.

Die Videosprechstunden finden über Zoom statt.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:
1. Sie vereinbaren einen Termin für eine Videosprechstunde direkt mit der Heilpraktikerin oder über den Onlinekalender auf www.gesundes-menschenleben.de

2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich zum Termin mit dem Link in Ihrer Terminbestätigung und Ihrem Einwahlcode zur Videosprechstunde ein. Dies sollte möglich sein, ohne ein eigenes Benutzerkonto anlegen zu müssen.

3. Fragt der Videodienstanbieter Sie beim Einwählen nach Ihrem Namen, geben Sie diesen korrekt an. Nur so kann die Therapeutin Sie richtig zuordnen.

4. Sie werden dann in das virtuelle Wartezimmer geführt. Sobald Ihre Therapeutin zu der Videosprechstunde hinzukommt, kann Ihre Sprechstunde beginnen.

5. Ist die Sprechstunde beendet, melden Sie sich von der Internetseite wieder ab.

Datensicherheit:
- Die Übertragung der Videosprechstunde erfolgt über das Internet mittels einer so genannten Peer-to-Peer (Rechner-zu-Rechner) Verbindung, ohne Nutzung eines zentralen Servers.
- Der Videodienstanbieter gewährleistet, dass sämtliche Inhalte der Videosprechstunde während des gesamten Übertragungsprozesses nach dem aktuellen Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sind und von ihm weder eingesehen noch gespeichert werden.
- Alle Metadaten werden nach spätestens 3 Monaten gelöscht und werden nur für die zur Abwicklung der Videosprechstunde notwendigen Abläufe genutzt.

- Dem Videodienstanbieter und dem Arzt oder Therapeuten ist es strafrechtlich untersagt, Daten unbefugten Dritten bekannt zu geben oder zugänglich zu machen

Bitte drucken Sie diese letzte Seite aus und senden Sie mir unterschrieben zu.

Hiermit erkläre ich

alle Seiten des Behandlungsvertrages, der Datenschutzerklärung und der Datenerhebung bzw. zur Videosprechstunde gelesen und anerkannt zu haben.
Die Erklärung besteht inkl. Anamnesebogen aus 25 Seiten, die mir vorliegen und deren Inhalt mir bekannt sind.

Ich erkläre durch meine Unterschrift weiterhin ausreichend über den den Datenschutz und den Ablauf der Videosprechstunde, sowie deren technische Voraussetzungen und datenschutzrechtliche Sicherheitsaspekte in Kenntnis gesetzt worden zu sein.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Videosprechstunde freiwillig ist und die Nutzung für mich unentgeltlich ist.

Ich versichere, dass:

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.
- zu Beginn der Videosprechstunde die Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen erfolgt bzw. ich mich allein im Raum aufhalte
- Bild- und/oder Tonaufzeichnungen während der Videosprechstunde unterbleiben.
- Hilfspersonen auf den Geheimnisschutz und gegebenenfalls Datenschutz hingewiesen werden.
- bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung Videosprechstunde vorliegen.
- Ich bin Einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuenden Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.
- Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt bzw. Therapeuten ausreichend.

- Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die Kenntnisnahme der beigefügten Erläuterungen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung im Rahmen der Videosprechstunde.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)