

Sabrina Pfützn

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



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 des Kindes:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Erziehungsberechtigter:

Adresse und Kontaktdaten des Erziehungsberechtigten:

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
- Ernährungsberatung bei Erkrankungen
- Ernährungsumstellung
- Ernährungstherapie
- Behandlung / Therapie chronischer Beschwerden / Erkrankungen
- ärztliche Empfehlung
- Sonstiges bzw. Grund der ärztlichen Empfehlung

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

Sind Sie bereit, die Ernährung Ihres Kindes mit mir gemeinsam umzustellen und die krankmachenden Ursachen herauszufinden und zu verändern?

Ja Nein Ich bin mir nicht sicher

Zubereitung der Mahlzeiten:

Zubereitung zu Hause: immer häufig selten so gut wie nie

Fertiggerichte / Fastfood immer häufig selten so gut wie nie

Aktuelle Medikamente des Kindes: Dosierung (bitte Inhalt je Kapsel oder Tagesdosis mit angeben)

Gab/gibt es Überreaktionen auf Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Heilbäder, Hormone?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

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

Nahrungsergänzungsmittel – bitte mit genauer Dosierung

Welche Impfungen hat das Kind bekommen? Welches war die letzte Impfung?

Gab es nach einer Impfung auffällige Reaktionen oder hat sich danach grundlegend etwas am Verhalten oder der Gesundheit des Kindes etwas verändert? Wenn ja, beschreiben Sie dies bitte genauer.

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?

Hat das Kind:

- Wurzelbehandelte Zähne Wurzeltote Zähne lockere bleibende 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
- Implantate Brücken Kronen
- Fluoridbehandlung Aufbißschiene Zahnspange
- Zahnfüllungen (welches Material wurde verwendet) ?

Körpertemperatur (zur Beurteilung des Stoffwechsels)

Bitte messen Sie über **1 Woche 1x täglich oral** die **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

Nur bei Gewichtsproblemen ausfüllen:

Bei Gewichtsproblemen bitte angeben, wann diese anfangen, welche Zusammenhänge es ggf. aus Ihrer Sicht gibt:

Gibt es Essstörungen? ja nein früher mal

Familienanamnese: Welche Erkrankungen sind **in der 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, Reizdarm, Morbus crohn, Divertikel etc.)
N = Nahrungsmittelunverträglichkeiten

K = Kopfschmerzen und Migräne

AU = Autoimmunerkrankungen

Z = Zuckerkrankheit / Diabetes Mellitus

R = Rheuma, Arthritis, Arthrose
G = Gicht

CA = Krebs /Tumore

SA = Schlaganfall
BL = Bluthochdruck
HI = Herzinfarkt

HPU oder **KPU** = Pyrrolurie

Platz für sonstige Erkrankungen in der Familie:

Aktuelle Symptome / Beschwerden / Entwicklungsauffälligkeiten

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write down current symptoms, complaints, or developmental peculiarities.

Auftreten / Beginn chronischer Erkrankungen – möglichst in zeitlicher Reihenfolge

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write down the onset of chronic diseases, preferably in chronological order.

Bestanden früher folgenden Krankheiten oder Symptome?

- | | | |
|--|--------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Säuglingsekzem / Milchschorf | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Krupphusten als Kleinkind | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> (spastische) Bronchitis - gehäuft aufgetreten | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> sturzartiges Erbrechen als Säugling oder Kleinkind | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> häufige Kiefer- oder Stirnhöhlenentzündungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> chronischer Schnupfen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Nesselsucht / Urtikaria | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schwellungen der Augenpartien bzw. Augenlider | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ekzeme / Neurodermitis | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Migräne oder halbseitige Kopfschmerzen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle (häufig) oder erschwerte Verdauung | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Otitis / Ohrenentzündungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen / Einschlafstörungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Überforderung / Stressbelastung | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> ADS / ADHS | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> chronische Erschöpfung oder Schwäche | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mobbing / Depressionen / Angsterkrankungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen jeglicher Art | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Krämpfe / Krampfleiden | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schwindel / Drehschwindel / Gleichgewichtsstörungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Gehirns | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen | von wann bis wann? | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Gendefekte | von wann bis wann? | <input type="text"/> |

Sonstige frühere Erkrankungen:

Zur AKTUELLEN GESUNDHEIT des Kindes:

Allgemeines:

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

Sonstige Anmerkungen:

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 in den Ferien krank
 völlig überdreht unruhig und kann nicht ständiges zappeln

Sonstige Anmerkungen:

Gedächtnis / Konzentration

- Konzentrationsschwierigkeiten geringe Merkfähigkeit Lernschwierigkeiten schlechtes Kurzzeitgedächtnis

Sonstige Anmerkungen:

Stimmung

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

Sonstige Anmerkungen:

Psyche

- Ängste
- Tic's
- oft zu spät
- Gedankenandrang
- depressive Verstimmungen
- traumatische(s) Erlebniss(e) in der Vergangenheit
- Panikattacken
- Zwänge
- stets überpünktlich
- kann nicht abschalten
- Depressionen
- hoher Eigenanspruch
- pedantisch
- verantwortlich fühlend
- Verlust einer geliebten Person/eines geliebten Tieres
- Phobien
- glaubt nicht gut genug zu sein
- ordentlich
- unordentlich
- Schuldgefühle
- viele Sorgen

Erläuterung zu den Psychischen Symptomen

Was schätzen Sie ein, wie glücklich ist das Kind (-10 bis +10)

Verhältnis zu Eltern / Familie

- sehr gut
- gut
- mäßig
- schlecht

Soziale Kontakte – Klassenkameraden, Freunde

- sehr gut
- gut
- mäßig
- schlecht
- garnicht

Überempfindlichkeiten:

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

- See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten

nähere Beschreibung der Überempfindlichkeiten

Unverträglichkeiten / Allergien

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

Sonstige Anmerkungen:

Desensibilisierung: ja nein

Verlangen:

- | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zucker / Süß | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> pikant | <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Fett | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Brot |
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Milch / Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Kaffee | |
| <input type="checkbox"/> Tee | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Energiedrink: | |

Sonstige Anmerkungen:

Abneigung / Ekel gegenüber:

- | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zucker / Süß | <input type="checkbox"/> sauer | <input type="checkbox"/> salzig | <input type="checkbox"/> Schokolade | <input type="checkbox"/> bitter | <input type="checkbox"/> scharf |
| <input type="checkbox"/> pikant | <input type="checkbox"/> Eier | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Fett | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Brot |
| <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Fisch | <input type="checkbox"/> Milch / Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Obst | <input type="checkbox"/> Kaffee | |
| <input type="checkbox"/> Tee | <input type="checkbox"/> Alkohol | | | | |

Sonstige Anmerkungen:

Auf welche Lebensmittel könn(t)e das Kind nur schwer verzichten?

Körpergefühl:

- normal Untergewicht Übergewicht starkes Übergewicht

Ernährung

- | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> vegetarisch | <input type="checkbox"/> vegan | <input type="checkbox"/> laktosefrei | <input type="checkbox"/> glutenfrei | <input type="checkbox"/> ketogen |
| <input type="checkbox"/> fruktosearm/frei | <input type="checkbox"/> histaminarm | <input type="checkbox"/> low carb | <input type="checkbox"/> Paleo | <input type="checkbox"/> clean eating | <input type="checkbox"/> Rohkost |
| <input type="checkbox"/> Diät | <input type="checkbox"/> viele Fertigprodukte | <input type="checkbox"/> bereits mehrere Diäten gemacht | | | |
| <input type="checkbox"/> Schulessen / Essen in der Kita | | | | | |

Sonstige Anmerkungen:

Essgewohnheiten

- in Ruhe im Stehen Zwischendurch Unterwegs

Wie viele Mahlzeiten isst das Kind?

Getränke

- Fruchtee
- Kräutertee
- Kaffee
- Cola
- Milch
- Kakao
- Säfte
- selbst gepresste Säfte
- Softdrinks
- Mineralwasser still
- Mineralwasser sprudel
- Leitungswasser
- Osmosewasser

Sonstiges

Training / Sport

- regelmäßig
- moderat
- untrainiert
- Leistungssport
- 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
- lebhaft Träume
- schlechte Träume
- keine Traumerinnerung
- Gedankenandrang
- unruhige Beine
- häufiges Wasserlassen
- Zähne knirschen
- Zähne zusammenbeißen
- Erwachen und kann nicht wieder einschlafen
- regelmäßiges Erwachen zwischen 1-3 Uhr

häufiges Erwachen (wie oft?)

wann:

Erwachen wodurch?:

Sonstige Anmerkungen:

Witterungseinflüsse – Veränderungen / Verschlechterungen / 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

was genau verändert/verschlechtert sich?

bekannte Autoimmunerkrankungen?

Welche, seit wann?

Kopf / Kopfschmerzneigung

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

Kopfschmerzauslöser bekannt:

Sonstige Anmerkungen:

Haare

- Veränderungen der Haarstruktur

Sonstige Anmerkungen:

Augen

- Augenerkrankungen Augenfehler
 weitsichtig kurzsichtig wechselhaftes Sehen

Sonstige Anmerkungen:

Ohren

- Neigung zu Ohrenschmerzen Mittelohrentzündungen Verschlechterung der Hörfähigkeit
 Schlechtes Hören

Sonstige Anmerkungen:

Nase

- Heuschnupfen
- häufige Erkältungen
- häufige Nebenhöhlenentzündungen /Sinusitiden
- Nase laufen in bestimmten Situationen

Sonstige Anmerkungen:

Mund

- rissige Mundwinkel
- Mundgeruch
- Aphten
- Mundtrockenheit
- rissige Lippen
- rissige Mundwinkel
- Herpes

Sonstige Anmerkungen:

Hals

- häufige Mandelentzündungen
- häufige Halsschmerzen
- Heiserkeit
- Kloßgefühl

Sonstige Anmerkungen:

Schilddrüse

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

Sonstige Anmerkungen:

Atemwegserkrankungen

- häufige Bronchitis
- Asthma
- allergisches Asthma
- häufige Hustenerkrankungen
- Lungenentzündung(en)
- Brustfellentzündung(en)
- Rippenfellentzündung(en)

Sonstige Anmerkungen:

Herzerkrankungen:

Diagnose:

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse

- Entzündungen Hepatitis nichtalkoholische Fettleber
- Gallensteine Gallenkoliken
- Druckgefühl im Oberbauch Fettunverträglichkeit
- Gelbfärbung der Haut oder der Augen / bzw. Schleimhäute
- Auffällige Leberwerte im Blutbild

Sonstige Anmerkungen:

Magen

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

Sonstige Anmerkungen:

Abdomen / Unterbauch / Darm

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

Sonstige Anmerkungen:

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

Sonstige Anmerkungen:

Blase / Nieren

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

Sonstige Anmerkungen:

Arme

- Bewegungseinschränkungen
- Kälteempfindungen
- Einschlafen der Hände

Sonstige Anmerkungen:

Beine

- Kältegefühl
- Hühnereaugen
- Krabbeln
- Krämpfe / Wadenkrämpfe
- Taubheitsgefühl

Sonstige Anmerkungen:

Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit
- Kalkschulter
- Verspannungen

Sonstige Anmerkungen:

Probleme mit der Wirbelsäule – welche Wirbel sind betroffen?

Bewegungsapparat

Welche Diagnose wurde gestellt?

Sonstiges

Haut / Nägel

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Urtikaria | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Ekzeme / Hautausschläge | <input type="checkbox"/> Nagelbettentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz | <input type="checkbox"/> Atherome | <input type="checkbox"/> Lipome | <input type="checkbox"/> Rosacea |
| <input type="checkbox"/> Pilzkrankungen /Vaginal, Nagelpilze etc. | | | |
| <input type="checkbox"/> brüchige Nägel | <input type="checkbox"/> Rillen in den Nägeln | <input type="checkbox"/> weiße Flecken auf den Nägeln | <input type="checkbox"/> Nagelverfärbungen |

Sonstige Anmerkungen:

Mädchen / Jungs - Geschlechtsorgane

Welche Diagnose wurde gestellt?

Sonstige Anmerkungen:

Mädchen:

- | | | | | |
|---|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> unregelmäßige Menstruation | | | |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige Menstruation | <input type="checkbox"/> zu früh | <input type="checkbox"/> zu kurz | <input type="checkbox"/> zu lang | <input type="checkbox"/> zu spät |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen | <input type="checkbox"/> vor der Blutung | <input type="checkbox"/> während der Blutung | <input type="checkbox"/> bei nachlassender Blutung | |
| <input type="checkbox"/> Absonderungen (Fluor) | <input type="checkbox"/> Schmierblutung(en) | | | |

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

nähere Beschreibung der Schmerzen

Sonstige Anmerkungen:

Besteht eine Sucht, Abhängigkeit? Drogen, digitale Medien, sonstige Stimulanzen

Platz für weitere Anmerkungen

Essgewohnheiten:

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Nachmittag / 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

Erziehungsberechtigt 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 als Erziehungsberechtigte/berechtigter 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 Erziehungsberechtigte 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.

Die von der Heilpraktikerin gestellten Rechnungen sind in jedem Fall mit Rechnungsstellung zum Fälligkeitstermin zu begleichen.

§ 3 Aufklärung / Hinweise

Der erziehungsberechtigte 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 Erziehungsberechtigte 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 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, sind **ALLE** von der Heilpraktikerin verordneten Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel 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 dem Erziehungsberechtigten 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 Höhe von 50 % des für den Termin anfallenden Betrag in Rechnung stellen. Dies gilt nicht, wenn der Termin mindestens 24 Stunden vorher absagt wird oder der Patient 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 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 Erziehungsberechtigten.
- 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. 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



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 Nahrungserganzungs- und sonstigen naturheilkundlichen Arzneimitteln
- Physiotherapeuten oder andere in dieser Richtung arbeitende Praxen bzw. Therapeuten (Osteopathen, Masseur 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 Rontgenbehandlungen gem. 3 28 Abs. 3 RoV 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, Mikrophon 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 Einwahrcode 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

als gesetzlicher Vertreter von

alle Seiten des Behandlungsvertrages, der Datenschutzerklärung, der Datenerhebung bzw. zur Videosprechstunde gelesen und anerkannt zu haben.

Die Erklärung besteht inkl. Anamnesebogen aus 24 Seiten, die mir vorliegen und deren Inhalte 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 und die Nutzung 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 Geheimnis- und Datenschutz hingewiesen wurden.
 - bei mir die technischen Voraussetzungen für die Nutzung Videosprechstunde vorliegen.
 - Ich bin Einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch die Heilpraktikerin zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt.
 - Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Therapeut und Patient bzw. Erziehungsberechtigtem 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 meine Therapeutin 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)