

# Sabrina Pfützner

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.**

**HPU / KPU - Fragebogen**

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

**Wie schätzen Sie sich ein / schätzt du dich ein? Welche Aussagen treffen zu?**

- ich habe einen hohen Eigenanspruch                       ich gebe immer 100% oder mehr
- ich bin hochsensibel und nehme Dinge wahr, die andere nicht unbedingt wahrnehmen
- es fällt mir schwer, das Gute in mir zu sehen                       ich zweifle häufig an mir                       ich bin häufig gereizt und genervt
- ich denke oft, dass ich Dinge nicht schaffe                       ich denke, dass ich oft nicht gut genug bin
- es gab ein oder mehrere für mich traumatische Erlebnisse, die ich nicht verarbeitet habe und an die ich heute noch oft denken muss
- ich bemerke, die Stimmung bereits wenn ich einen Raum betrete
- bereits kleine Dinge stressen mich                       ich brauche oft meine Ruhe, Lärm geht mir auf die Nerven
- Fehlschläge oder Fehler gehen mir sehr nahe                       Kritik kann ich nur schwer verkraften
- ich bin bereit für andere "mein letztes Hemd zu geben"                       es kommen immer zuerst die anderen in meinem Leben
- wenn es Probleme gibt möchte ich am liebsten weglaufen                       ich habe Schwierigkeiten mich selbst wertzuschätzen
- nichts davon trifft richtig zu, ich würde mich eher so beschreiben:

**Hauptbeschwerden/aktuelle Symptome / Wie geht es Ihnen / dir aktuell?**

**Was erwarten Sie / erwartest du von den Terminen bei mir?**

**Welche Diagnosen wurden bereits gestellt / welche Diagnostik wurde veranlasst?** (Ergebnisse bitte wenn möglich digital zuschicken)

**Sind Sie / bist du bereit, die Ernährung und wenn nötig auch Ihre / deine Lebensweise / Denkmuster / Lebensstrategien ggf. auch 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:**

- Schlafmittel / Einschlafhilfen
- Betablocker / Blutdrucksenker
- Antibabypille
- andere Hormonpräparate
- Schmerzmittel
- Insulin
- Schilddrüsenmedikamente
- Psychopharmaka / Antidepressiva

**Dosierung** (bitte Dosierung mit angeben)


Abführmittel

Magensäureblocker / PPI

Cholesterinsenker / Statine

Antibiotika

Sonstige Medikamente

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

**Nahrungsergänzungsmittel** – bitte mit genauer Dosierung

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

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

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

**Gab es auffällige Reaktionen nach einer Impfung?** (Rötungen, Fieber, Einschränkungen, Auffälligkeiten, Nebenwirkungen etc. )

**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:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne           | <input type="checkbox"/> Wurzeltote Zähne                                  | <input type="checkbox"/> lockere Zähne                 | <input type="checkbox"/> chronische Zahnfleischentzündung |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Zähne                   | <input type="checkbox"/> Parodontose                                       | <input type="checkbox"/> Parodontitis                  | <input type="checkbox"/> häufiges Zahnfleischbluten       |
| <input type="checkbox"/> Kieferknacken                    | <input type="checkbox"/> Verspannte Kiefermuskulatur / Schmerzen im Kiefer |  |   |
| <input type="checkbox"/> Amalgam noch vorhanden           | <input type="checkbox"/> Amalgam wurde bereits komplett entfernt           | <input type="checkbox"/> Amalgamausleitung ist erfolgt |   |
| <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Amalgamfüllungen |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Goldfüllung(en)                  | <input type="checkbox"/> Gold nach Amalgamfüllung(en)                      | <input type="checkbox"/> Andere Legierungen            |   |
| <input type="checkbox"/> Implantate                       | <input type="checkbox"/> Brücken   | <input type="checkbox"/> Kronen                        | <input type="checkbox"/> Gebleichte Zähne                 |
| <input type="checkbox"/> Fluoridbehandlung                | <input type="checkbox"/> Aufbißschiene                                     | <input type="checkbox"/> 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	<input type="text"/>	Tag 2	<input type="text"/>	Tag 3	<input type="text"/>	Tag 4	<input type="text"/>
Tag 5	<input type="text"/>	Tag 6	<input type="text"/>	Tag 7	<input type="text"/>		

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

<b>Vater</b>	
<b>Großeltern Vater</b> Mutter d. Vaters	
Vater d. Vaters	
Onkel väterlich	
Tante väterlich	
<b>Mutter</b>	
<b>Großeltern Mutter</b> Mutter d. Mutter	
Onkel mütterlich	
Onkel väterlich	
Vater d. Mutter	
<b>Kinder</b>	
<b>Geschwister</b>	

- 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 / KPU**

**Platz für sonstige Erkrankungen in der Familie:**



**Auftreten / Beginn chronischer Erkrankungen – möglichst in zeitlicher Reihenfolge**

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for the user to write down the onset of chronic diseases 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 Kier- 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"/> vorübergehende Schwerhörigkeit	von wann bis wann?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	von wann bis wann?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> erhöhte Cholesterinwerte	von wann bis wann?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Arthrose, Arthritis, rheumatische Erkrankungen	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"/> nicht abschalten können / Gedankenandrang	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"/> Burnout / 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"/> Durchblutungsstörungen	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"/> Krampfadern	von wann bis wann?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen / Tumore - auch gutartig	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"/>
<input type="checkbox"/> es reihten sich viele verschiedene Erkrankungen aneinander	von wann bis wann?	<input type="text"/>

Sonstige frühere Erkrankungen:

**Zu Ihrer AKTUELLEN GESUNDHEIT:**

**Allgemeines:**

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

**Platz für sonstige Anmerkungen**

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  müde und erschöpft  Burnout  oft am Wochenende oder im Urlaub krank  
 Bekannte Nebennierenschwäche / Erschöpfung  chronisches Fatigue Syndrom (CFS)

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
- besonders tierlieb

Sonstiges

**Psyche**

- Ängste
- Panikattacken
- Depressionen
- depressive Verstimmungen
- Phobien
- Tic's
- Zwängel
- ordentlich
- unordentlich
- oft zu spät
- stets überpünktlich
- pedantisch
- Gedankenandrang
- kann nicht loslassen
- verantwortlich fühlend
- Schuldgefühle
- viele Sorgen
- 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 / bist du? (-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
- Lärm
- Duftstoffe / Pflegeprodukte
- Rollkragen
- bestimmte Textilfasern
- Tücher / Schals
- Metalle
- Medikamente
- viele Menschen
- Hochintelligent
- Hellsichtig

See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten vertrage ich nicht

Sonstiges

**Unverträglichkeiten / Allergien**

- |   |   |  |                                      |  |                                   |
|---|---|--|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gluten                                   | <input type="checkbox"/> Laktose        | <input type="checkbox"/> Histamin                    | <input type="checkbox"/> Fruktose    | <input type="checkbox"/> Obstsorten          | <input type="checkbox"/> Fette    |
| <input type="checkbox"/> Schwefeldioxid                           | <input type="checkbox"/> Sorbit         | <input type="checkbox"/> Milch /Milchprodukte        | <input type="checkbox"/> Milcheiweiß | <input type="checkbox"/> Hühnereiweiß        |                                   |
| <input type="checkbox"/> Soja                                     | <input type="checkbox"/> Fisch          | <input type="checkbox"/> Krustentiere /Meeresfrüchte | <input type="checkbox"/> Paprika     | <input type="checkbox"/> Zwiebel / Knoblauch |                                   |
| <input type="checkbox"/> Erdnüsse                                 | <input type="checkbox"/> Nüsse          | <input type="checkbox"/> Lupine                      | <input type="checkbox"/> Sesam       | <input type="checkbox"/> Senf                | <input type="checkbox"/> Sellerie |
| <input type="checkbox"/> andere Nahrungsmittelunverträglichkeiten |   |  |                                      |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                             | <input type="checkbox"/> Kreuzallergien | <input type="checkbox"/> Tierhaare                   | <input type="checkbox"/> Medikamente |  |                                   |

Erläuterungen zu Unverträglichkeiten, Kreuzallergien etc.

**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: |                                 |

Sonstiges

**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 |  |                                     |                                 |                                 |

Sonstiges

**Auf welche Lebensmittel könn(t)en Sie nicht / 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 |                                      |                                       |                                  |

Sonstige Auffälligkeiten:

**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  
 lebhaft 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  
Welche Beschwerden treten auf?**

- von warm zu kalt       von kalt zu warm

**Befinden insgesamt**

schlechter durch:

besser durch:

**Autoimmunerkrankungen / Welche, seit wann bekannt?**

**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 Ohrenscherzen     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 Hustenerkrankungen  
 Lungenentzündung(en)  Brustfellentzündung(en)  Rippenfellentzündung(en)

Sonstiges

**Herzerkrankungen**

Herzrhythmusstörungen unbekannter Ursache  Herzrhythmusstörungen stressbedingt  
 Bluthochdruck  zu niedriger Blutdruck  Blutdruckschwankungen

andere Herzerkrankungen:

**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  häufiges Erbrechen  
 Druckgefühl im Oberbauch  Fettstühle  Fettstühle  Fettunverträglichkeit  
 Beschwerden nach dem Essen  Beschwerden auf nüchternen Magen

Sonstiges



**Abdomen / Unterbauch / Darm**

- Geräusche (rumoren, gluckern..)
- Windabgänge
- Blähungen
- Krämpfe
- Aufreibungen
- Divertikel
- Schmerzen
- Morbus crohn
- Entzündungen
- Colitis ulcerosa
- 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 Nieren
- häufiges Wasserlassen
- Impfung gegen Blasenentzündung
- Erkrankungen der Harnblase
- Nierensteine
- Reizblase / Stressblase
- Erkrankungen der Harnröhre
- Urin dunkelgelb bis braun
- Urin blutig

Sonstiges

**Arme**

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

Sonstiges

**Beine**

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

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     Pilzkrankungen /Vaginal, Nagelpilze etc.  
 brüchige Nägel     Rillen in den Nägeln     weiße Flecken auf den Nägeln     Nagelverfärbungen

Sonstiges

**Weiblich / Männlich**

- Geschlechtskrankungen     HIV     Schleimhautrekrankungen

Welche Diagnose wurde gestellt?

**Männer**

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

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 Stimulanzen

**Platz für weitere Anmerkungen**

**Beschreiben Sie bitte stichpunktartig Ihre gewöhnlichen Mahlzeiten / Ihre normale Ernährung**

**Frühstück**

**Zwischenmahlzeit**

**Mittagessen**

**Nachmittag / Kaffezeit / Snack**

**Abendessen**

**Mahlzeiten am Wochenende**

## Hinweise – Bedingungen der Zusammenarbeit / 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 Höhe 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

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](mailto:praxis@gesundes-menschenleben.de)**  
**[www.gesundes-menschenleben.de](http://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, 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](http://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.

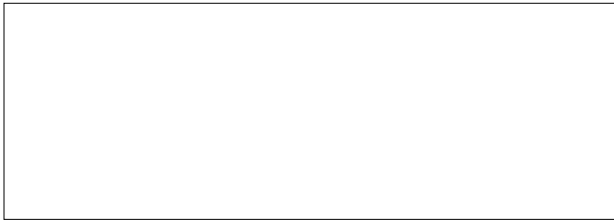
### **Datensicherheit:**

- 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.

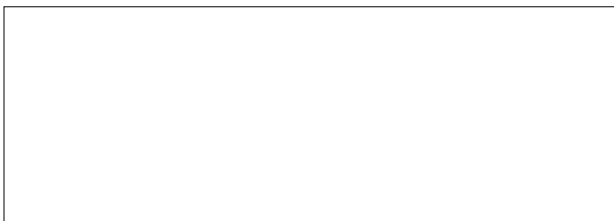
Die Erklärung besteht inkl. Anamnesebogen aus 25 Seiten, die mir vorliegen und deren Inhalt mir bekannt ist.

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)