

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 / wie schätzt du dich ein? Welche Aussagen treffen zu?

- ich habe einen hohen Eigenanspruch
- ich denke oft, dass ich nicht gut genug bin
- es fällt mir schwer, das Gute in mir zu sehen
- ich bin hochempfindlich und nehme Dinge wahr, die andere nicht unbedingt wahrnehmen
- ich bemerke die Stimmung schon, wenn ich einen Raum betrete
- bereits Kleinigkeiten stressen mich
- Fehlschläge oder Fehler gehen mir sehr nahe
- ich bin bereit für andere mein letztes Hemd zu geben
- ich bin perfektionistisch veranlagt
- Menschenmengen gehen mir auf die Nerven
- mein Selbstwertgefühl / meine Selbstachtung ist im Keller
- wenn es Probleme gibt möchte ich am liebsten weglaufen
- es gab viele Phasen oder lange Zeiträume in meinem Leben mit einem erhöhten Stresslevel
- in meiner Vergangenheit gab es häufig große psychische Belastungen oder Traumata
- das beschreibt mich alles nicht wirklich, ich würde mich eher so beschreiben:
- ich denke oft, dass ich Dinge nicht schaffen kann
- ich gebe immer mindestens 100%
- ich zweifle häufig an mir
- ich bin häufig gereizt und genervt
- Kritik kann ich nur schwer verkraften
- es kommen immer zuerst die anderen in meinem Leben
- ich bin eher unordentlich
- ich ziehe mich oft zurück und brauche meine Ruhe
- ich bin eine Kämpfernaut und lasse mir nichts gefallen

Hauptbeschwerden – Termingrund / aktuelle Beschwerden

Was erwarten Sie / was erwartest du von dem Termin bei mir?

Welche Diagnosen wurden bereits gestellt?/ Welche Diagnostik wurde bereits veranlasst?
(Ergebnisse bitte wenn möglich digital zuschicken bzw. hochladen)

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ich nehme mir Zeit zum Essen | <input type="checkbox"/> ich richte mein Essen immer schön an, denn das Auge isst mit |
| <input type="checkbox"/> ich achte auf das was ich esse | <input type="checkbox"/> gesunde Ernährung ist mir wichtig |
| <input type="checkbox"/> ich esse oft im Stehen oder unterwegs | <input type="checkbox"/> ich nehme mir oft keine Zeit zum Essen |

ich würde gerne gesund und in Ruhe essen, schaffe es aber im Alltag nicht

Aktuelle Medikamente:

Dosierung (bitte Inhalt je Kapsel oder Tagesdosis 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 Heilbäder, Hormontherapien, Körperpflegeprodukte, Narkose- oder Kontrastmittel oder andere Medikamente?

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 insbesondere auch wenn sie im Erwachsenenalter aufgetreten sind?,
Gab es Viruserkrankungen – EBV, Borreliose, Covid 19 etc.)

Hat sich die Symptomatik danach verschlechtert?

Kontakte mit chemischen Lösungsmitteln, Farben, Schwermetallen oder anderen Umweltgiften?
Hat sich die Symptomatik danach verschlechtert? (Welche Gifte? Wann?)

Gab es in der Vergangenheit Probleme mit Schimmelbelastungen:

ja nein

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)

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** = Zuckerkankheit / 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:

Andere, oder frühere eigene Erkrankungen, Neigung zu bestimmten Erkrankungen, die immer wieder auftreten

Aktuelle Symptome / Beschwerden

Auftreten / Beginn chronischer Erkrankungen – möglichst in zeitlicher Reihenfolge

Bestanden früher folgenden Krankheiten oder Symptome?

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

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
- Tic's
- oft zu spät
- Gedankenandrang
- depressive Verstimmungen
- traumatische(s) Erlebniss(e) in der Vergangenheit
- Pflegen Angehörigen /Kümmern um Angehörige
- Panikattacken
- Zwängel
- stets überpünktlich
- kann nicht loslassen
- Burnout
- Depressionen
- Phobien
- pedantisch
- verantwortlich fühlend
- Verlust einer geliebten Person/eines geliebten Tieres
- aktuell
- ordentlich
- unordentlich
- Schuldgefühle
- viele Sorgen
- 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

- | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <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"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Kreuzallergien | <input type="checkbox"/> Tierhaare | <input type="checkbox"/> Medikamente | | |

Sonstiges

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

- 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
- lebhaftere 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:

weitere Beschreibung Schlafprobleme

Witterungseinflüsse – Reaktion auf / bei

- | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neumond | <input type="checkbox"/> Vollmond | <input type="checkbox"/> Gewitter | <input type="checkbox"/> Regenfront | <input type="checkbox"/> Föhn |
| <input type="checkbox"/> trockene Kälte | <input type="checkbox"/> feuchte Kälte | <input type="checkbox"/> trockene Hitze | <input type="checkbox"/> feuchte Hitze | |
| <input type="checkbox"/> allg. besser am Meer | | <input type="checkbox"/> 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

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> mit Aura |
| <input type="checkbox"/> einseitig <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> Hinterkopf | <input type="checkbox"/> Stirn <input type="checkbox"/> 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
 Verletzung der Halswirbelsäule Kopfverletzung (Auto)Unfall

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 Hustenerkrankung
- Lungenentzündung(en) Brustfellentzündung(en) Rippenfellentzündung(en)
- Heuschnupfen Allergien

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
- Alkohol vertrage ich überhaupt nicht mehr
- Kaffee vertrage ich nicht mehr
- längere Hungerphasen oder Fasten vertrage ich garnicht

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
- häufige oder hartnäckige Blasenentzündungen
- Impfung gegen Blasenentzündung

Sonstiges

Arme

- Bewegungseinschränkungen
- Durchblutungsstörungen
- Kälteempfindungen
- Einschlafen der Hände
- Taubheit der Hände oder Finge
- Tennisellenbogen
- Maushand
- Deputren Kontraktur
- Raynaud Syndrom
- Überbewegliche Gelenke
- Ich habe oder hatte oft weiße Flecken auf den Fingernägeln

Sonstiges

Beine

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

Sonstiges

Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit
- Kalkschulter
- Verspannungen
- Bandscheibenvorfall
- Rückenverletzung
- Unfall

Sonstiges

Probleme mit der Wirbelsäule – welche Wirbel sind betroffen?

Bewegungsapparat

- rheumatische Erkrankung
- Fibromyalgie
- Arthrose
- Arthritis
- Gicht

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"/> Gichtknoten | <input type="checkbox"/> Lipome | <input type="checkbox"/> Rosacea |
| <input type="checkbox"/> Deputren Kontraktur | <input type="checkbox"/> Raynaud Syndrom | <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 | |

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

Sonstiges

Frauen

- Menstruationsbeschwerden unregelmäßige Menstruation zu früh / zu kurz zu spät / zu lang
 PMS

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

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write down their meal times for the weekend.

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 abrechnen/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

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
- Therapieempfehlungen
- 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, 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 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:

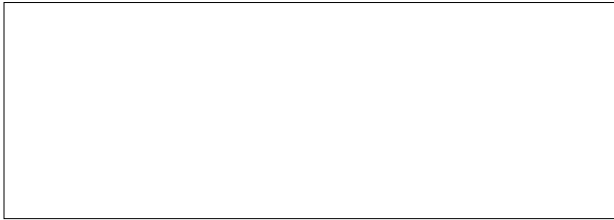
1. Sie vereinbaren einen Termin für eine Videosprechstunde direkt mit der Heilpraktikerin oder über den Onlinekalender auf www.gesundes-menschenleben.de
2. Am Tag der Videosprechstunde wählen Sie sich zum Termin mit dem Link in Ihrer Terminbestätigung und Ihrem Einwahlcode zur Videosprechstunde ein. 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 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)