

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 (Zwischen)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

Vereinbarung / Hinweise

gelesen und anerkannt

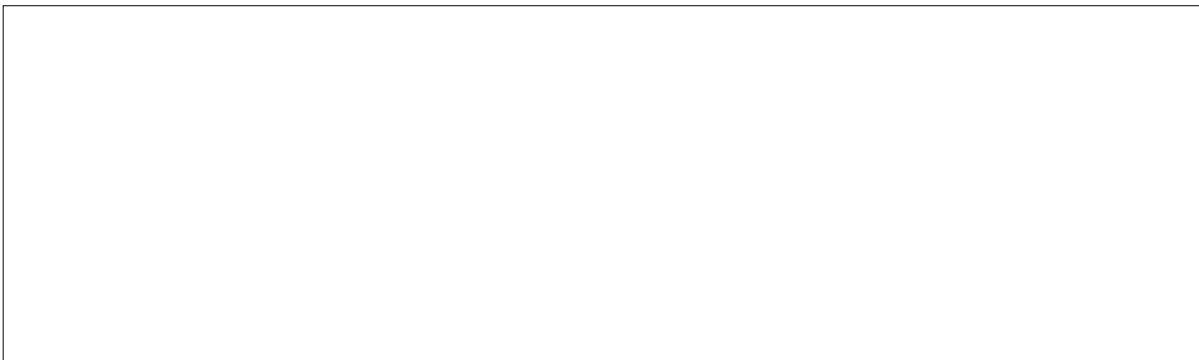
Wie schätzen Sie sich ein / schätzt du dich ein? Welche Aussagen treffen zu?

- 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:

Dosierung (bitte Dosierung mit angeben)

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Schlafmittel / Einschlafhilfen | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Betablocker / Blutdrucksenker | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Antibabypille | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> andere Hormonpräparate | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka / Antidepressiva | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Abführmittel | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Magensäureblocker / PPI | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker / Statine | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Antibiotika | <input type="text"/> |

Sonstige Medikamente

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

Nahrungsergänzungsmittel – bitte mit Namen des Präparates und genauer Dosierung angeben (wieviel Inhaltsstoff, wie wird dosiert?)

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

Ja

Nein

Wenn ja, welche Reaktionen waren das genau?

**Welche Impfungen haben Sie/hast du 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?

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <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"/>		

Ist der Status des Säure-Basen-Haushaltes bekannt?

- Ja Nein

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** = 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="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 / hohe 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?	
<input type="checkbox"/> es reihten sich viele verschiedene Erkrankungen aneinander	von wann bis wann?	

Sonstige frühere Erkrankungen:

Zu Ihrer AKTUELLEN GESUNDHEIT:

Allgemeines:

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

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

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

Erläuterungen zu Unverträglichkeiten, Kreuzallergien etc.

Desensibilisierung: ja nein

Verlangen:

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

Sonstiges

Abneigung / Ekel gegenüber:

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

Sonstiges

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

Körpergefühl:

- normal Untergewicht Übergewicht starkes Übergewicht

Ernährung

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

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
 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:

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 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 belegte Zunge

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..) Krämpfe Schmerzen Entzündungen
 Windabgänge Blähungen Auftreibungen Divertikel Morbus crohn 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 Harnblase
- Erkrankungen der Harnröhre
- Erkrankungen der Nieren
- Nierensteine
- Urin dunkelgelb bis braun
- Urin blutig
- häufiges Wasserlassen
- Reizblase / Stressblase
- Impfung gegen Blasenentzündung

Sonstiges

Arme

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

Sonstiges

Beine

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

Sonstiges

Rücken

- eingeschränkte Beweglichkeit
- Kalkschulter
- Verspannungen
- Bandscheibenvorfall

Sonstiges

Probleme mit der Wirbelsäule – welche Wirbel sind betroffen?

Bewegungsapparat

- rheumatische Erkrankung
- Fibromyalgie
- Arthrose
- Arthritis
- Gicht

Welche Diagnose wurde gestellt?

Sonstiges

Haut / Nägel

- | | | | | |
|--|---|---|--|----------------------------------|
| <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

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankungen | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Schleimhautrekrankungen |
|--|------------------------------|--|

Welche Diagnose wurde gestellt?

Männer

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beschwerden mit der Prostata | <input type="checkbox"/> erhöhter PSA | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Urinabsatz |
| <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Urin kann nicht gehalten werden | |

Sonstiges

Frauen

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> unregelmäßige Menstruation | <input type="checkbox"/> zu früh / zu kurz | <input type="checkbox"/> zu spät / zu lang |
| <input type="checkbox"/> PMS | <input type="checkbox"/> 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? Wenn ja welche? Drogen, Alkohol, digitale Medien, Medikamente, Zucker, sonstige Stimulanzien

Platz für weitere Anmerkungen

Beschreiben Sie bitte stichpunktartig Ihre gewöhnlichen Mahlzeiten / Ihre normale Ernährung

Frühstück

Zwischenmahlzeit

Mittagessen

Nachmittag / Kaffezeit / Snack

Abendessen

Mahlzeiten am Wochenende

Hinweise – Vereinbarung

Zwischen

Sabrina Pfützner

Naturheilpraxis & Health Coaching

Ganzheitliche Beratung, Begleitung, Therapie und Coaching

Praxisadresse: Mehrower Allee 36b, 12687 Berlin

und

Herr/Frau

Bei Kindern für: Name und Vorname des Kindes
(ggf. abweichender Wohnort)

Es wird Folgendes vereinbart:

Vereinbarungsgegenstand

Der Patient/die Patientin nimmt eine ganzheitliche Beratung, Begleitung, Empfehlung oder naturheilkundliche Behandlung bzw. ein Coaching der Heilpraktikerin / Coachin in Anspruch.

Honorar, Kostenerstattung

Das Honorar für die Behandlung berechnet sich nach dem Zeitaufwand der in Anspruch genommenen Leistung. Das Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker (GebüH) aus dem Jahr 1985 findet keine Anwendung, die entsprechenden Behandlungsziffern werden dennoch in der Rechnung für eine etwaige Abrechnung gegenüber der Krankenkasse mit aufgeführt.

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

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

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

Aufklärung / Hinweise

Der Klient / Patient /Coachee 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 / Empfehlung nicht erlaubt ist.
Sollte der Klient / Patient / Coachee 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).

- Ein Versprechen über einen Erfolg der Beratung bzw. einen Behandlungs- bzw. Heilungserfolg kann, darf und wird die Heilpraktikerin nicht abgeben.
- Beendet oder pausiert der Klient / Patient / Coachee die Behandlung / Begleitung / Beratung von sich aus, werden **ALLE** Empfehlungen fortan in eigener Verantwortung (weiter) eingenommen.
- **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.**

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.

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 Klienten / Patienten / Coachee.
- Absatz a) ist nicht anzuwenden, wenn die Heilpraktikerin auf Grund gesetzlicher Vorschriften zur Weitergabe der Daten verpflichtet ist – beispielsweise Meldepflicht bei bestimmten Diagnosen bzw. Verdacht auf bestimmte - 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 ausschließlich als digitale Akte.
- 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

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
- Therapievorschlüsse
- 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 vom Krankheitsverlauf oder dem Heilungsfortschritt sind unerlässliche Maßnahmen einer fürsorglichen Betreuung durch Ihren Therapeuten. Seit April 2017 sind solche Kontrolluntersuchungen auch in einer Videosprechstunde möglich.

In einer Videosprechstunde läuft das Gespräch zwischen Ihnen und Ihrem Therapeuten ähnlich ab wie in der Praxis. Sie und Ihr 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 Therapeuten besprechen, auch vertraulich bleibt.

Die Videosprechstunden finden über Zoom statt.

Schritt für Schritt zur Videosprechstunde:

1. Sie vereinbaren einen Termin für eine Online-Beratung direkt mit der Heilpraktikerin 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

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.

Hiermit erkläre ich,



alle Seiten der Vereinbarung, 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.

Unterschrift Klient / Patient / Coachee

Datum

Senden Sie mir diese letzte Seite bitte unterschrieben zu. Sofern dies nicht möglich ist, gilt Folgendes:

Durch das Ausfüllen und Zusenden des Fragebogens an die Heilpraktikerin, eine entsprechende Terminvereinbarung und durch die Inanspruchnahme eines Termins bei Frau Pfützner erkenne ich die Datenschutzerklärung und auch den Inhalt der Vereinbarung ebenfalls an.

Beide Dokumente sind insofern auch ohne Unterschrift gültig.