



Sabrina Pfützner

Naturheilpraxis & Health Coaching

Expertin für HPU/KPU, Ernährung und Mikronährstoffe

Ganzheitlich wohlfühlen – für mehr Balance & Vitalität: www.gesundes-menschenleben.de

Liebe Patientin, lieber Patient,
dieser Fragebogen ist Bestandteil meiner ganzheitlichen Empfehlungen. Bitte nimm dir/nehmen Sie sich Zeit um die Fragen bestmöglich zu beantworten. Die Antworten sind zusammen mit der Diagnostik die Grundlage unserer Zusammenarbeit. Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ergänzen.

Bitte sende mir/senden Sie mir vor dem Termin bereits vorhandene Befunde zu. Bis zu 5 Dokumente (wovon eines dieser ausgefüllte Fragebogen sein sollte) können über den Link in deiner/Ihrer Terminbestätigung gleich in mein System hochgeladen werden.

Ganzheitlicher Fragebogen auch bei HPU/KPU

ausgefüllt am:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Größe:

Gewicht:

Adresse:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Nationalität:

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.

Ablauf der Onlineberatung:

gelesen und anerkannt

=> [Onlineberatung](#)

Datenschutzerklärung:

gelesen und anerkannt

=> [Datenschutz](#)

Vereinbarung / Hinweise:

gelesen und anerkannt

=> Vereinbarung im Anhang

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 hochempfindlich 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
- Ich fühle mich schon länger gestresst und chronisch überfordert mit meinem täglichen Pensum an Aufgaben
- Ich habe schon länger das Gefühl, dass mein Leben nicht so verläuft, wie ich es mir wünsche
- Ich habe schon länger das Gefühl, eigentlich eher mein Leben FÜR andere zu führen, als für mich selbst

- nichts davon trifft so richtig zu, ich würde mich eher so beschreiben:

Sind Sie/bist du momentan in Behandlung?

- Arzt / Facharzt
- Psychotherapie
- Heilpraktiker
- Coaching

Was ist vor dem Auftreten des Problem in deinem/Ihrem Leben passiert?

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

Wurden folgende Untersuchungen schon mal vorgenommen?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenhormone | <input type="checkbox"/> Geschlechtshormone | <input type="checkbox"/> Cortisol Tagesprofil | <input type="checkbox"/> Stresshormone |
| <input type="checkbox"/> Allergietest | <input type="checkbox"/> Leberfunktion | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung | <input type="checkbox"/> Magenspiegelung |
| <input type="checkbox"/> Vitaminstatus | <input type="checkbox"/> Mineralstoffprofil | <input type="checkbox"/> Schwermetallbelastung | <input type="checkbox"/> Virusaktivität |

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"/> |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente | <input type="text"/> |

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

Nahrungsergänzungsmittel –

Angabe bitte mit Namen des Präparates und genauer Dosierung und Einnahmezeitpunkt angeben

z.B.

Morgens zum Frühstück
Mittags
Abends

Omega 3, Firma. ...
Vitamin B-Komplex, Firma
Magnesiumkomplex, Firma

= 1 Kapsel ... DHA, ... EPA, ... DPA
= 1 Kapsel = Vitamin B2 ...mg, B3...mg, B6...mg
= 1 Kapsel = 200mg Magnesium

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

Ja Nein

Wenn ja, welche Reaktionen waren das genau?

Ist der Status des Säure-Basen-Haushaltes bekannt?



Ja

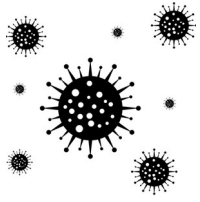
Nein

Welche Impfungen haben Sie/hast du bekommen? Welches war die letzte Impfung?

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



Infektionskrankheiten, Kinderkrankheiten ? (Bitte mit ungefährem Datum angeben)
 (Masern, Röteln, Mumps, Keuchhusten, andere Kinderkrankheiten, FSME/Borreliose, EBV, Influenza, Pneumokokken, Hirnhautentzündung etc.)



Corona

- Long Covid Post-Vaccine-Syndrom

- Coronaerkrankung leichter Verlauf schwerer Verlauf

Wie wurde bisher behandelt?

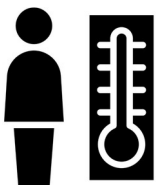
Zahnstatus

Gibt es Beschwerden im Hinblick auf die Zahngesundheit?



- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fehlende Zähne | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandelte Zähne | <input type="checkbox"/> Wurzeltote Zähne | <input type="checkbox"/> lockere Zähne |
| <input type="checkbox"/> chronische Zahnfleischentzündung | <input type="checkbox"/> häufiges Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Parodontose | <input type="checkbox"/> Parodontitis |
| <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 (Beurteilung des Stoffwechsels)



Bitte die **Körpertemperatur über 1 Woche 1x täglich oral** mit einem digitalen Thermometer messen und hier eintragen (**morgens, noch im Bett, vor dem Aufstehen**)

Tag 1 Tag 2 Tag 3 Tag 4

Tag 5 Tag 6 Tag 7

Wärmehaushalt / Empfindung

- normal generell zu warm Hitzewallungen häufig Fieber schnelles Frieren

Schwitzen

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

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.)
NU = 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"/> 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"/> 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?.....	

Zur AKTUELLEN GESUNDHEIT:

Allgemeines:

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

Befinden insgesamt

schlechter durch:

besser durch:

Platz für Anmerkungen

Körpergefühl:

- normal
- Untergewicht
- Übergewicht
- starkes Übergewicht

Autoimmunerkrankungen / Welche, seit wann bekannt?

Haben oder hatten Sie / du schon einmal eine Krebserkrankung? Wenn ja welche und wann?

- Operation
- Bestrahlung
- Chemotherapie
- Immunsuppressiv:

Energie



- sehr belastbar
- mäßig belastbar
- kaum belastbar
- nicht belastbar
- chronisch
- geistig erschöpft
- körperlich erschöpft
- antriebslos
- müde
- oft am Wochenende oder im Urlaub krank
- Burnout
- Bekannte Nebennierenschwäche / Erschöpfung
- chronisches Fatigue Syndrom (CFS)

Sonstiges

Bist du/Sind Sie

- Hochintelligent
- Hellsichtig
- Hochsensibel
- Hochsensitiv

Gedächtnis / Konzentration / Stimmung / Psyche



- Konzentrationsschwierigkeiten
- geringe Merkfähigkeit
- Lernschwierigkeiten
- schlechtes Kurzzeitgedächtnis
- schlechte Merkfähigkeit
- Stimmung – wie fühlst du dich / fühlen Sie sich häufig/**
- reizbar
- wütend
- depressiv
- traurig
- weinen
- ungeduldig
- nervös
- aggressiv
- mitleidig
- unruhig / rastlos
- gedemütigt
- gemobbt
- verzweifelt
- ausgenutzt
- verletzt

- zufrieden ausgeglichen ausbalanciert ausbalanciert
 gestresst überfordert unterfordert einsam
 kummervoll sehr mitfühlend besonders tierlieb
 Stimmungsschwankungen

Psyche



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

Bitte erläutern Sie kurz, worum es bei Ihrem psychischen Thema geht und um welchen Zeitraum es geht

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

Wetter / Witterungseinflüsse – Reaktion auf / bei



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

Wetterumschwung verschlechtert

- von warm zu kalt von kalt zu warm

Welche Beschwerden treten auf?

Ernährung



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

Essgewohnheiten

- in Ruhe im Stehen Zwischendurch Unterwegs

Zubereitung der Mahlzeiten:

Ich koche selber: immer häufig selten so gut wie nie

Ich esse Fertiggerichte / Fastfood immer häufig selten so gut wie nie

Wie viele Mahlzeiten pro Tag?

Hatten oder haben sie /hattest oder hast du Essstörungen?

ja nein

Verlangen/Heißhunger auf:



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

Abneigung / Ekel gegenüber:



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

Auf welche Lebensmittel kannst du / können Sie nicht oder nur schwer verzichten?

Getränke



- schwarzer Tee
- Cola
- Leitungswasser
- Bier
- grüner Tee
- Säfte
- Osmosewasser
- Wein
- Schnaps
- Fruchttete
- selbst gepresste Säfte
- Mineralwasser still
- andere alkoholische Getränke
- Kräutertee
- Kaffee
- Softdrinks
- Mineralwasser sprude

Sonstiges

Trinkmenge pro Tag

Durst: viel wenig kein Durstgefühl

Training / Sport



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

Sportarten

Überempfindlichkeiten:



- Hitze
- Erschütterungen
- Rollkragen
- Chemikalien
- See-, Bus-, Bahn-, Autofahrten vertrage ich nicht
- Kälte
- Schmerzen
- Tücher / Schals
- Duftstoffe
- Sonne
- Berührung
- Medikamente
- Licht
- Geräusche
- viele Menschen
- Pflegeprodukte/Reinigungsmittel
- Gerüche
- Lärm
- Wetterbedingungen

Allergien

- Gluten
- Milch /Milchprodukte
- Soja
- Laktose
- Milcheiweiß
- Fisch
- Histamin
- Hühnereiweiß
- Paprika
- Fruktose
- Krustentiere /Meeresfrüchte
- Zwiebel / Knoblauch
- Obstsorten
- Fette

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <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"/> Glutamat | <input type="checkbox"/> Sorbit | <input type="checkbox"/> Kasein | <input type="checkbox"/> Sulfid | <input type="checkbox"/> Schwefeldioxid | |
| <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Nickel | <input type="checkbox"/> Pflaster | <input type="checkbox"/> Metalle | | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | | | | | |

andere Unverträglichkeiten oder Allergien

- Pollen Gräser Tierhaare Medikamente Hausstaubmilbe
 Kreuzallergien

Sonstige

Desensibilisierung: ja nein

Erläuterungen zu Unverträglichkeiten, Kreuzallergien etc.

Schlaf



- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> schlechter Schlaf | <input type="checkbox"/> guter Schlaf | <input type="checkbox"/> schlechtes Einschlafen | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> leichter Schlaf | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln | | |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen | <input type="checkbox"/> Schwitzen im Schlaf | <input type="checkbox"/> Gedankenandrang | |
| <input type="checkbox"/> lebhaft Träume | <input type="checkbox"/> schlechte Träume | <input type="checkbox"/> keine Traumerinnerung | |
| <input type="checkbox"/> unruhige Beine | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen | |
| <input type="checkbox"/> Zähne zusammenbeißen | <input type="checkbox"/> Zähne knirschen | <input type="checkbox"/> Sonstiges | |
| <input type="checkbox"/> Erwachen und das Gefühl HELLWACH zu sein | | <input type="checkbox"/> regelmäßiges Erwachen zwischen 1-3 Uhr | |

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

Kopf / Kopfschmerzneigung



- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> häufige Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Wetterkopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <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 | <input type="checkbox"/> vom Nacken kommend |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Kopfschmerzauslöser? Wann treten die Schmerzen verstärkt auf?

Haare



- Haarausfall kreisrund diffus früh ergraut

Sonstiges / wie lange besteht das Problem schon?

Augen



- Augenerkrankungen Augenfehler grauer Star grüner Star

- weitsichtig
- kurzsichtig
- wechselhaftes Sehen
- Maculadegeneration
- feucht
- trocken
- jucken
- tränen
- verklebt
- Gerstenkörner
- Entzündungen
- Bindehaut
- Lederhaut
- Schwellungen
- Lider
- Tränensäcke
- anderer Ort der Schwellung
- Verfärbungen um die Augen
- rot
- gelb
- dunkel
- Sonstiges

Ohren



- viel Ohrenschmalz
- Neigung zu Ohrenschmerzen
- Tinnitus / Ohrgeräusche
- Tinnitus generalisiert
- einseitig
- beidseitig
- Hörsturz
- Schwerhörigkeit
- jucken
- Sonstiges

Nase



- häufige Erkältungen
- Nebennöhlenentzündungen
- Stirnhöhlenentzündungen
- Nase laufen in bestimmten Situationen
- Krusten
- Bluten
- Krusten
- Rötungen (Außen/Haut)
- andere Entzündungen
- Sonstiges

Mund



- Mundgeruch
- Aphten
- Mundtrockenheit
- rissige Lippen
- rissige Mundwinkel
- Herpes
- belegte Zunge
- Sonstiges

Hals und Schilddrüse

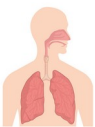
- häufige Mandelentzündungen
- häufige Halsschmerzen



Schilddrüse

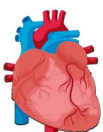
- Überfunktion
- Morbus Basedow
- Unterfunktion
- Hashimoto Thyreoiditis
- kalte Knoten
- heiße Knoten
- Zysten
- Schwellung
- Schluckbeschwerden
- vergrößerter Umfang
- Druckgefühl
- Engegefühl
- Volumen vermindert
- Operation
- teilentfernt
- entfernt
- Sonstiges

Atemwege



- häufige Bronchitis
- Asthma
- allergisches Asthma
- häufige Hustenerkrankungen
- Lungenentzündung(en)
- Brustfellentzündung(en)
- Rippenfellentzündung(en)
- Schleim
- Luftnot
- schweres Einatmen
- schweres Ausatmen
- Probleme beim Tief-Atmen
- Lungenfibrose
- COPD
- Sonstiges

Herz



- Herzrytmusstörungen unbekannter Ursache
- Herzrytmusstörungen stressbedingt
- Herzrasen
- Herzstolpern
- Extrasystolen
- Tachykardie
- Puls schnell
- Puls flach
- Puls schwach
- Puls wegdrückbar
- Bluthochdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Blutdruckschwankungen
- Sonstiges

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse



- Entzündungen
- Hepatitis
- Fettleber
- nichtalkoholische Fettleber
- Gallensteine
- Gallenkoliken
- GallenOP / Galle entfernt

- Druckgefühl im Oberbauch Fettstühle Fettunverträglichkeit
 Gelbfärbung der Haut oder der Augen / bzw. Schleimhäute
 Auffällige Leberwerte im Blutbild Sonstiges

Verdauungstrakt



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

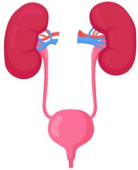
Abdomen / Unterbauch / Darm

- Krämpfe Schmerzen Entzündungen Geräusche (rumoren, gluckern..)
 Windabgänge Blähungen Auftreibungen Divertikel Divertikulitis
 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
 Stuhl schwimmt in der Toilette oben Stuhl breiig und klebt an der Toilette
 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 Impingementsyndrom
 Sonstiges

Bewegungsapparat / Gelenke / Muskulatur



- rheumatische Erkrankung Fibromyalgie Arthrose Arthritis
 Gicht

welche Gelenke sind betroffen?

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe | <input type="checkbox"/> Muskelzittern | |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung | <input type="checkbox"/> Myogelosen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> HWS | <input type="checkbox"/> BWS | <input type="checkbox"/> LWS |

Welche Wirbel sind betroffen?

- Schleudertrauma Steißbeinverletzung(en) Kopfverletzungen (Stöße, Stürze, Unfälle)

Nervensystem



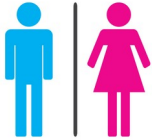
- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Karpaltunnel | <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Ischialgie |
| <input type="checkbox"/> Fußheber | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> Interkostalneuralgie | <input type="checkbox"/> Interkostalneuralgie |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Migräne mit Aura |
| <input type="checkbox"/> Neuralgien | <input type="checkbox"/> Neuralgien | <input type="checkbox"/> Nervenwurzelkompression | |
| <input type="checkbox"/> vegetative Dysregulation | | | |

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"/> Dupuytren 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 | | | | |

Weiblich / Männlich



- Geschlechtskrankheiten HIV Schleimhautrekrankungen

Welche Diagnose wurde gestellt?

Männer

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

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?

Besteht eine Sucht, Abhängigkeit? Wenn ja welche? Drogen, Alkohol, digitale Medien, Medikamente, Zucker, sonstige Stimulanzien

Platz für weitere Anmerkungen

Wie sehen Ihre/deine Mahlzeiten für gewöhnlich aus?

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.
- 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.**

Fernbehandlung, Mitwirkungspflicht und ärztliche Abklärung

Die Behandlung kann – nach individueller Einschätzung der Heilpraktikerin – ganz oder teilweise im Rahmen einer Fernbehandlung (z. B. Video-, Telefon- oder Onlineberatung) erfolgen.

Dem Patienten ist bewusst, dass im Rahmen einer Fernbehandlung keine körperliche Untersuchung im unmittelbaren persönlichen Kontakt möglich ist und sich daraus diagnostische und therapeutische Einschränkungen ergeben können. **Die Fernbehandlung ersetzt keine ärztliche Untersuchung, Diagnosestellung oder Therapie.**

Der Patient verpflichtet sich, auf Empfehlung der Heilpraktikerin unverzüglich einen Arzt oder geeigneten Facharzt zur weiterführenden Abklärung aufzusuchen, insbesondere wenn:

- Beschwerden unklar, neu, plötzlich, stark oder anhaltend sind
- sich Symptome verschlechtern oder nicht erwartungsgemäß entwickeln
- Befunde medizinisch abgeklärt werden müssen
- Verdacht auf behandlungsbedürftige Erkrankungen besteht
- Labor-, bildgebende oder sonstige schulmedizinische Diagnostik erforderlich ist, die nicht im Rahmen der Telemedizin umgesetzt werden kann.

Die Heilpraktikerin behält sich vor, eine Fernbehandlung abzulehnen, zu unterbrechen oder zu beenden, wenn aus fachlicher Sicht eine persönliche Untersuchung oder ärztliche, weiterführende Diagnostik erforderlich ist.

Unterlässt der Patient trotz entsprechender Empfehlung die notwendige ärztliche Abklärung, erfolgt eine weitere Behandlung ausschließlich auf eigenen Wunsch und eigene Verantwortung des Patienten. Eine Haftung der Heilpraktikerin für daraus entstehende gesundheitliche Schäden wird ausgeschlossen.

Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift oder Anerkennung dieser Vereinbarung durch das Buchen eines Onlinetermines, dass er über die Besonderheiten, Grenzen und Risiken der Fernbehandlung aufgeklärt wurde und hierin ausdrücklich einwilligt.

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

- 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



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
- 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 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 auf www.gesundes-menschenleben.de / Termin buchen
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 Kommunikation erfolgt über TLS.
- Inhalte werden mit dem 256-Bit-AES-Standard verschlüsselt.
- Für jede Sitzung wird ein einmaliger Verschlüsselungsschlüssel erstellt.
- Die End-to-End-Verschlüsselung verschlüsselt die Kommunikation zwischen allen Meeting-Teilnehmer

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 an.

Die Dokumente sind in diesem Fall auch ohne Unterschrift gültig.