



Sabrina Pfützner

Naturheilpraxis & Health Coaching

Expertin für HPU/KPU, Ernährung und Mikronährstoffe

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



Liebe Eltern,
dieser Fragebogen ist Bestandteil meiner ganzheitlichen Empfehlungen. Bitte nehmen Sie sich Zeit um die Fragen bestmöglich zu beantworten. Die Antworten sind zusammen mit der Diagnostik die Grundlage meiner Arbeit. Bitte Zutreffendes ankreuzen oder ergänzen.

Bitte 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 Ihrer Terminbestätigung für Ihr Kind gleich in mein System hochgeladen werden.

Ganzheitlicher Fragebogen KINDER und Jugendliche
auch bei HPU/KPU

ausgefüllt am:

Name des Kindes:

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Größe:

Gewicht:

Erziehungsberechtigter:

Name:

Vorname:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

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 Ihr Kind ein? Welche Aussagen treffen zu?

Das Kind

- | | |
|---|---|
| ☐ hat einen hohen Eigenanspruch | ☐ gibt immer 100% oder mehr |
| ☐ ist hochsensibel und nimmt Dinge wahr, die andere nicht unbedingt wahrnehmen | |
| ☐ es fällt mir schwer, das Gute in sich zu sehen | ☐ zweifelt häufig an sich |
| ☐ ist häufig gereizt und genervt | ☐ denke oft, Dinge nicht zu schaffen |
| ☐ denkt, dass es oft nicht gut genug ist | |
| ☐ es gab ein oder mehrere traumatische Erlebnisse, die das Kind bisher verkräftet hat | |
| ☐ bemerkt, die Stimmung bereits wenn es einen Raum betritt | |
| ☐ bereits kleine Dinge stressen | ☐ braucht oft seine Ruhe, Lärm geht schnell auf die Nerven |
| ☐ Fehlschläge oder Fehler gehen ihm sehr nahe | ☐ Kritik kann es nur schwer verkraften |
| ☐ es ist bereit, für andere "sein letztes Hemd zu geben" | ☐ es kommen immer zuerst die anderen in seinem Leben |
| ☐ wenn es Probleme gibt möchte es am liebsten weglaufen | ☐ es hat Schwierigkeiten sich selbst wertzuschätzen |
| ☐ es fühlt sich schon länger gestresst und chronisch überfordert mit seinem täglichen Pensum an Aufgaben | |
| ☐ nichts davon trifft so richtig zu, ich würde mein Kind eher so beschreiben: | |

Ist Ihr Kind momentan noch woanders in Behandlung?

- | | |
|--|---|
| ☐ Arzt / Facharzt | ☐ Psychotherapie |
| ☐ Heilpraktiker | ☐ Coaching |

Was ist vor dem Auftreten des Problem im Leben des Kindes passiert?

Hauptbeschwerden/aktuelle Symptome / Wie geht es Ihrem Kind aktuell?

Was erwarten Sie von den Terminen bei mir?

Welche Diagnosen wurden bereits gestellt / welche Diagnostik wurde veranlasst?

(Ergebnisse bitte wenn möglich digital zuschicken)

Sind Sie bereit, die Ernährung Ihres Kindes und wenn nötig auch Ihre eigene Ernährung und Lebensweise grundlegend zu verändern?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich bin mir nicht sicher

Wurden folgende Untersuchungen schon mal vorgenommen?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Schilddrüsenhormone | ☐ Geschlechtshormone | ☐ Cortisol Tagesprofil | ☐ Stresshormone |
| ☐ Allergietest | ☐ Leberfunktion | ☐ Darmspiegelung | ☐ Magenspiegelung |
| ☐ Vitaminstatus | ☐ Mineralstoffprofil | ☐ Schwermetallbelastung | ☐ Virusaktivität |

Aktuelle Medikamente Ihres Kindes: Dosierung (bitte Dosierung mit angeben)

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Schlafmittel / Einschlafhilfen | <input type="text"/> |
| ☐ Antibabypille | <input type="text"/> |
| ☐ Schmerzmittel | <input type="text"/> |
| ☐ Insulin | <input type="text"/> |
| ☐ Schilddrüsenmedikamente | <input type="text"/> |
| ☐ ADHS-Medikamente | <input type="text"/> |
| ☐ Magensäureblocker / PPI | <input type="text"/> |
| ☐ Cortison | <input type="text"/> |
| ☐ Antibiotika | <input type="text"/> |
| ☐ Sonstige Medikamente | |

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

Omega 3, Firma. ...

= 1 Kapsel ... DHA, EPA, DPA

Mittags

Vitamin B-Komplex, Firma

= 1 Kapsel = Vitamin B2 ...mg, B3...mg, B6...mg

Abends

Magnesiumkomplex, Firma

= 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?



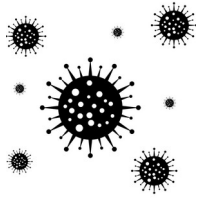
☐ Ja

☐ Nein

Welche Impfungen hat Ihr Kind bisher 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?

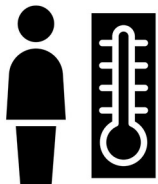
Zahnstatus

Gibt es Beschwerden im Hinblick auf die Zahngesundheit?



- | | | | |
|---|--|---|--|
| ☐ Fehlende Zähne | ☐ Wurzelbehandelte Zähne | ☐ Wurzeltote Zähne | ☐ lockere Zähne |
| ☐ chronische Zahnfleischentzündung | ☐ häufiges Zahnfleischbluten | ☐ Parodontose | ☐ Parodontitis |
| ☐ Kieferknacken | ☐ Verspannte Kiefermuskulatur / Schmerzen im Kiefer | | |
| ☐ Amalgam noch vorhanden | ☐ Amalgam wurde bereits komplett entfernt | | |
| ☐ Mein Kind hatte keine Amalgamfüllungen | | | |
| ☐ Implantate | ☐ Brücken | ☐ Kronen | |
| ☐ Fluoridbehandlung | ☐ Aufbißschiene | ☐ Zahnsperre | |

Körpertemperatur (Beurteilung des Stoffwechsels)



Bitte die **Körpertemperatur über 1 Woche 1x täglich oral unter der Zunge** 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 der Familie des Kindes** aufgetreten?
(Eltern, Großeltern, Onkel/Tanten, 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	
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, Rezidarm, 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

Bestanden früher folgenden Krankheiten oder Symptome?

☐ Säuglingsekzem / Milchschorf	von wann bis wann?	
☐ Krupphusten als Kleinkind	von wann bis wann?	
☐ (spastische) Bronchitis - gehäuft aufgetreten	von wann bis wann?	
☐ Heuschnupfen	von wann bis wann?	
☐ sturzartiges Erbrechen als Säugling oder Kleinkind	von wann bis wann?	
☐ häufige Kier- oder Stirnhöhlenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ chronischer Schnupfen	von wann bis wann?	
☐ Nesselsucht / Urtikaria	von wann bis wann?	
☐ Schwellungen der Augenpartien bzw. Augenlider	von wann bis wann?	
☐ Ekzeme / Neurodermitis	von wann bis wann?	
☐ Migräne oder halbseitige Kopfschmerzen	von wann bis wann?	
☐ Durchfälle (häufig) oder erschwerte Verdauung	von wann bis wann?	
☐ Nierenerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Blasenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ Otitis / Ohrenentzündungen	von wann bis wann?	
☐ Schlafstörungen / Einschlafstörungen	von wann bis wann?	
☐ nicht abschalten können / Gedankenandrang	von wann bis wann?	
☐ Überforderung / hohe Stressbelastung	von wann bis wann?	
☐ ADS / ADHS	von wann bis wann?	
☐ chronische Erschöpfung oder Schwäche	von wann bis wann?	
☐ Angsterkrankungen / Depressionen	von wann bis wann?	
☐ Magen-Darm-Erkrankungen jeglicher Art	von wann bis wann?	
☐ Krämpfe / Krampfleiden	von wann bis wann?	
☐ Schwindel / Drehschwindel / Gleichgewichtsstörungen	von wann bis wann?	
☐ Erkrankungen des Gehirns	von wann bis wann?	
☐ Herzerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Krebserkrankungen / Tumore - auch gutartig	von wann bis wann?	
☐ Autoimmunerkrankungen	von wann bis wann?	
☐ Gendefekte	von wann bis wann?	
☐ es reihten sich viele verschiedene Erkrankungen aneinander	von wann bis wann?	

Sonstige frühere Erkrankungen:

Zur AKTUELLEN GESUNDHEIT Ihres Kindes:

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?

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

Ist Ihr Kind

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Hochintelligent | ☐ Hellsichtig | ☐ Hochsensibel | ☐ Hochsensitiv |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

Gedächtnis / Konzentration / Stimmung / Psyche



- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Konzentrationsschwierigkeiten | ☐ geringe Merkfähigkeit | ☐ Lernschwierigkeiten |
| ☐ schlechtes Kurzzeitgedächtnis | ☐ schlechte Merkfähigkeit | |

Stimmung – wie sich häufig Ihr Kind 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) Erlebniss(e) in der Vergangenheit | | | |
| ☐ Verlust einer geliebten Person/eines geliebten Tieres | | | | |

Bitte erläutern Sie kurz, worum es bei einem psychischen Thema geht und um welchen Zeitraum es sich handelt

Wie glücklich ist Ihr Kind? (-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 für mein Kind:

- ☐ immer ☐ häufig ☐ selten ☐ so gut wie nie

Wir essen oft Fertiggerichte

- ☐ immer ☐ häufig ☐ selten ☐ so gut wie nie

Wie viele Mahlzeiten pro Tag?

Hatten oder hat Ihr Kind eine Essstörungen?

- ☐ ja ☐ nein

Verlangen/Heißhunger auf:



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

Abneigung / Ekel gegenüber:



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

Auf welche Lebensmittel kann Ihr Kind nicht oder nur schwer verzichten?

Getränke



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

Sonstiges

Trinkmenge pro Tag

Durst: ☐ viel ☐ wenig ☐ kein Durstgefühl

Training / Sport



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

Sportarten

Überempfindlichkeiten:



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

Allergien

- | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| ☐ Gluten | ☐ Laktose | ☐ Histamin | ☐ Fruktose | ☐ Obstsorten | ☐ Fette |
| ☐ Milch /Milchprodukte | ☐ Milcheiweiß | ☐ Hühnereiweiß | ☐ Krustentiere /Meeresfrüchte | | |
| ☐ Soja | ☐ Fisch | ☐ Paprika | ☐ Zwiebel / Knoblauch | | |
| ☐ Erdnüsse | ☐ Nüsse | ☐ Lupine | ☐ Sesam | ☐ Senf | ☐ Sellerie |
| ☐ Glutamat | ☐ Sorbit | ☐ Kasein | ☐ Sulfid | ☐ Schwefeldioxid | |
| ☐ Latex | ☐ Nickel | ☐ Pflaster | ☐ Metalle | | |
| ☐ Medikamente | | | | | |

andere Unverträglichkeiten oder Allergien

- ☐ Pollen
 ☐ Gräser
 ☐ Tierhaare
 ☐ Medikamente
 ☐ Hausstaubmilbe
 ☐ Kreuzallergien

Sonstige

Desensibilisierung: ☐ ja ☐ nein

Erläuterungen zu Unverträglichkeiten, Kreuzallergien etc.

Schlaf



- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ schlechter Schlaf | ☐ guter Schlaf | ☐ schlechtes Einschlafen | ☐ Sprechen im Schlaf |
| ☐ leichter Schlaf | ☐ Schlafwandeln | | |
| ☐ häufiges Erwachen | ☐ Schwitzen im Schlaf | ☐ Gedankenandrang | |
| ☐ lebhaft Träume | ☐ schlechte Träume | ☐ keine Traumerinnerung | |
| ☐ unruhige Beine | ☐ häufiges Wasserlassen | ☐ Hitze oder Schwitzen im Schlaf | |
| ☐ Zähne zusammenbeißen | ☐ Zähne knirschen | ☐ Sonstiges | |
| ☐ Erwachen und das Gefühl HELLWACH zu sein | ☐ regelmäßiges Erwachen zwischen 1-3 Uhr | | |

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

Kopf / Kopfschmerzneigung



- | | | |
|--|---|---|
| ☐ häufige Kopfschmerzen | ☐ Spannungskopfschmerzen | ☐ Wetterkopfschmerz |
| ☐ Migräne | ☐ einseitig ☐ rechts ☐ links | ☐ beidseitig |
| ☐ Hinterkopf | ☐ Stirn ☐ Schläfen | ☐ vom Nacken kommend |
| ☐ 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 ☐ Stirnöhlenentzündungen
☐ 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

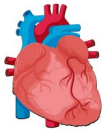
- ☐ Überfunktion ☐ Morbus Basedow ☐ Unterfunktion ☐ Hashimoto Thyreoiditis
☐ kalte Knoten ☐ heiße Knoten ☐ Zysten ☐ Schwellung ☐ Schluckbeschwerden
☐ vergrößerter Umfang ☐ Druckgefühl ☐ Engegefühl ☐ Volumen vermindert
☐ Operation ☐ teilentfernt ☐ entfernt ☐ Sonstiges

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



- | | |
|--|--|
| ☐ Herzrhythmusstörungen unbekannter Ursache | ☐ Herzrhythmusstörungen stressbedingt |
| ☐ Herzerkrankungen | ☐ Extrasystolen |
| ☐ Puls schnell | ☐ Tachykardie |
| ☐ Puls flach | ☐ Puls schwach |
| ☐ Puls wegdrückbar | |
| ☐ Blutdruckschwankungen | ☐ Sonstiges |

Leber / Galle / Bauchspeicheldrüse



- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Entzündungen | ☐ Hepatitis | ☐ 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 | | |

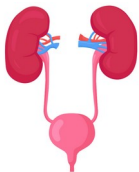
Abdomen / Unterbauch / Darm

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|--|
| ☐ Krämpfe | ☐ Schmerzen | ☐ Entzündungen | ☐ Geräusche (rumoren, gluckern..) |
| ☐ Windabgänge | ☐ Blähungen | ☐ Auftreibungen | ☐ Divertikel |
| ☐ Morbus crohn | ☐ Colitis ulcerosa | | ☐ Divertikulitis |
| ☐ 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 |
| ☐ breiiger Stuhl | ☐ schaumiger Stuhl | ☐ schleimiger Stuhl |
| ☐ auffälliger Geruch | ☐ stinkend | ☐ normal geformt |
| ☐ Stuhl schwimmt in der Toilette oben | ☐ säuerlich | ☐ faulig |
| ☐ Gefühl nicht fertig zu werden | ☐ Stuhl breiig und klebt an der Toilette | |
| ☐ Verbrauch großer Mengen Toilettenpapier | ☐ Sonstiges | |

Blase / Nieren



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

Arme



- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Bewegungseinschränkungen | ☐ Durchblutungsstörungen | ☐ Kälteempfindungen |
| ☐ Einschlafen der Hände | ☐ Tennisellenbogen | ☐ Maushand |
| ☐ andere Schmerzen | | |
| ☐ Deputen Kontraktur | ☐ Raynaud Syndrom | ☐ Sonstiges |

Beine



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

Rücken



- | | | |
|---|---|--|
| ☐ eingeschränkte Beweglichkeit | ☐ Kalkschulter | ☐ Verspannungen |
| ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ Impingementsyndrom | |
| ☐ Sonstiges | | |

Bewegungsapparat / Gelenke / Muskulatur



- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ rheumatische Erkrankung | ☐ Fibromyalgie |
| ☐ Gicht | |

welche Gelenke sind betroffen?

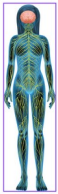
- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Muskelschmerzen | ☐ Muskelkrämpfe | ☐ Muskelzittern |
| ☐ Wirbelsäulenerkrankung | ☐ Myogelosen | ☐ Rückenschmerzen |

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ☐ Bandscheibenvorfall | ☐ HWS | ☐ BWS | ☐ LWS |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|

Welche Wirbel sind betroffen?

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

Nervensystem



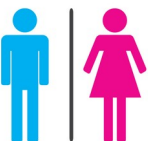
- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Karpaltunnel | ☐ Nervenschmerzen | ☐ Taubheitsgefühl | ☐ Ischialgie |
| ☐ Fußheber | ☐ Polyneuropathie | ☐ Interkostalneuralgie | ☐ Interkostalneuralgie |
| ☐ Multiple Sklerose | ☐ Parkinson | ☐ Epilepsie | ☐ Migräne mit Aura |
| ☐ Neuralgien | ☐ Neuralgien | ☐ Nervenwurzelkompression | |
| ☐ vegetative Dysregulation | | | |

Haut / Nägel



- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Urtikaria | ☐ Neurodermitis | ☐ Ekzeme / Hautausschläge | ☐ Nagelbettentzündungen |
| ☐ Juckreiz | ☐ Atherome | ☐ Gichtknoten | ☐ Lipome |
| ☐ Rosacea | ☐ Nagelverfärbungen | | |
| ☐ Deputren Kontraktur | ☐ Raynaud Syndrom | ☐ Pilzerkrankungen /Vaginal, Nagelpilze etc. | |
| ☐ brüchige Nägel | ☐ Rillen in den Nägeln | ☐ weiße Flecken auf den Nägeln | |

Weiblich / Männlich



- | | |
|---|--|
| ☐ Hormonstörungen | ☐ Schleimhauterkrankungen |
| ☐ Probleme beim sauber werden oder Abstillen | |
| ☐ gesundheitliche Probleme in der Pubertät | |

Wurde sonst eine Diagnose gestellt

Jungs

- | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|
| ☐ Phimose | ☐ häufiges Wasserlassen | ☐ Urin kann nicht gehalten werden | ☐ Einnässen |
| ☐ Hodenhochstand | ☐ zeitige Pubertät | | |

Mädchen

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ zeitige Pubertät | | | |
| ☐ 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 Stimulanzen

Platz für weitere Anmerkungen

Wie sehen die Mahlzeiten Ihres Kindes 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.
- 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

- 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
- 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, Masseure 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 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-Teilnehmern

Ich versichere, dass:

- die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen und ruhiger Umgebung stattfindet.

Sabrina Pfützner – Naturheilpraxis & Health Coaching

- 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 Erziehungsberechtigte(r)

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.

Beide Dokumente sind insofern auch ohne Unterschrift gültig.