

# Praxiskonzept von Heilpraktikerin Lena Brauer

## Was Sie von mir erwarten können.

- ❖ Ich betrachte Sie als Ganzes – ich behandle keine isolierten Krankheiten.
- ❖ Ich bin eine ehrliche und direkte, aber einfühlsame Therapeutin
- ❖ Ich bin eine erfahrene Diagnostikerin und verbinde meine Wissen aus der Schulmedizin und der Naturheilkunde, um Sie bestmöglich zu unterstützen.
- ❖ Ich coache nicht, sondern behandle Sie mit einem ganzheitliches und individuellen Therapiekonzept für Körper, Geist und Seele.
- ❖ Meiner Erfahrung nach dauert eine Therapie für Verdauungsstörungen oder Hormonelle Störungen ca. 1 Jahr, in dieser Zeit werden wir uns ungefähr alle 4- 6 Wochen in der Praxis sehen (in Ausnahmefällen auch online) und dazwischen telefonieren.
- ❖ Meine Therapien beinhaltet eine: Medikamententherapie, Ernährungsumstellung, Mind-Body-Medizin: Anpassung der Lebensgewohnheiten und körperliche Therapien.
- ❖ Es ist kein Sprint, sondern ein Marathon. Sie haben die Beschwerden nicht seit gestern, also hören die Beschwerden morgen auch nicht gleich auf.

*"Bevor Du jemanden heilst, frage ihn, ob er bereit ist aufzugeben, was ihn krank macht." Hippokrates*

## Was ich von Ihnen erwarte

- ❖ Ehrlichkeit, Eigenverantwortung und Termintreue
- ❖ Sie sind bereit in Ihre Gesundheit zu investieren.
- ❖ Sie wissen dass eine ganzheitliche Therapie Zeit braucht. In der Naturheilkunde sagte man mindestens ein Zehntel der Zeit, die man die Beschwerden schon hat.
- ❖ Sie sind offen für neue Therapien.
- ❖ Sie wissen das eine reine Medikamententherapie – keinen Erfolg bringen wird. Bei mir gehört die körperlichen Therapien wie Cranio-Sakrale-Osteopathie, holistische Schilddrüsenmassage und holistische Bauchmassage zur Therapie dazu.
- ❖ Sie sind bereit Ihr Leben umzugestalten – vergessen Sie nicht – das Leben was Sie bisher geführt haben, hat Sie dazu gebracht einen Termin bei mir zu machen.

## Ursachensuche mit der richtigen Diagnostik



## Mit den richtigen Diagnosen zu Ihrer individuellen Therapie



**Ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit**

# Anamnese-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Der Fragenbogen ist ein Teil meiner Anamnese, bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie ihn sorgfältig aus.



Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an, Akutes unterstreichen

Bitte bringen Sie falls vorhanden bitte folgendes mit:

Arztberichte, Blutbilder, Stuhlanalysen, Speicheldiagnostik

Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie zur Zeit nehmen

Falls Sie Ihre Krankengeschichte aufgeschrieben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

versichert:  Privat  Zusatz  Beihilfe  gesetzlich/SZ

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Haarfarbe: \_\_\_\_\_ Naturhaarfarbe: \_\_\_\_\_ Augenfarbe: \_\_\_\_\_

In Partnerschaft: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Kinder (wie viele, Alter und Geschlecht): \_\_\_\_\_

Haben Sie Geschwister (wie viele, Alter und Geschlecht): \_\_\_\_\_

Nationalität und Herkunft: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Manche Erkrankungen sind herkunftsspezifisch

Wegen Alkohol und tierischen Produkten in Medikamenten.

Vegetarier

Veganer

Haben Sie den Therapieablauf und das Praxiskonzept gelesen und verstanden

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Therapien haben Sie deswegen schon versucht?

\_\_\_\_\_

Welche Erwartungshaltung haben Sie an mich?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente (mit Name und Dosis) nehmen Sie regelmäßig ein?

Herzmedikamente \_\_\_\_\_  Antidepressiva \_\_\_\_\_

Blutdruckmittel \_\_\_\_\_  Cholesterinsenker \_\_\_\_\_

Allergiemittel \_\_\_\_\_  Gerinnungshemmer \_\_\_\_\_

Schilddrüsenmedikamente \_\_\_\_\_  Schmerzmittel (Wie oft im Monat und warum?) \_\_\_\_\_

Pille \_\_\_\_\_  Protonenpumpenhemmer (z.B. Omeprazol) \_\_\_\_\_

Nasenspray \_\_\_\_\_  Sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

Naturheilkundliche Mittel: Schüssler Salze, Homöopathie \_\_\_\_\_

Wann war das letzte Antibiotika und warum? \_\_\_\_\_

Haben Sie Cortison über einen längeren Zeitraum genommen, wenn ja warum? \_\_\_\_\_

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie momentan ein? Machen Sie ein Foto oder bringen Sie sie mit.

Multivitamin  Selen  Rhodiola  Basenmittel  Abführmittel

Vitamin B12  Magnesium  Guarana  Zeolith  Flohsamenschalen

Vitamin B Komplex  Calcium  Medizinpilze  Bentonit  Leinsamen

Vitamin D  Jod  Probiotika  DAOzym  Chia

Vitamin C  Aminosäuren  Laktase  Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?

Heuschnupfen  Sellerie  Pflaster  Hausstaubmilben  Penicillin

Korbblütler  Nüsse  Latex  Tierhaare  Acetylsalicylsäure

Pollen  Soja  Nickel  Tiergifte  Lidocain

Gräser  Erdbeeren  Sonne  Schimmelpilze  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Haben Sie nachgewiesene Unverträglichkeiten?**

<input type="checkbox"/> Laktose	<input type="checkbox"/> Salicylate	<input type="checkbox"/> Glutensensitivität	<input type="checkbox"/> Milcheiweiß	<input type="checkbox"/> MCS
<input type="checkbox"/> Fruktose	<input type="checkbox"/> Histamin	<input type="checkbox"/> Weizenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Milchfett	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Sorbit	<input type="checkbox"/> Glutamat	<input type="checkbox"/> Ananas	<input type="checkbox"/> Soja	

Haben Sie einen Verdacht auf eine Unverträglichkeit? \_\_\_\_\_

**Verdauungstrakt (akutes unterstreichen)**

<input type="checkbox"/> Magenschmerzen	<input type="checkbox"/> Schmerzen Brustbein	<input type="checkbox"/> Darmkrämpfe morgens	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Zöliakie
<input type="checkbox"/> vorm Essen	<input type="checkbox"/> Reflux	<input type="checkbox"/> Darmkrämpfe n. Essen	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn
<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Darmkrämpfe v. Essen	<input type="checkbox"/> im Wechsel	<input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa
<input type="checkbox"/> nach dem Essen	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Darmkrämpfe immer	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Polypen
<input type="checkbox"/> Magenulkus	<input type="checkbox"/> Roemheld-Syndrom	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> unvollständige Entleerung	<input type="checkbox"/> Divertikel
<input type="checkbox"/> Gastritis A B C	<input type="checkbox"/> aufgeblähter Bauch	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Stuhl drang nach Essen	<input type="checkbox"/> Divertikulitis
<input type="checkbox"/> Schmerzen Schulter li.	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Afterjucken	<input type="checkbox"/> Besserung nach Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Dünndarmfeybesiedlung SIBO
<input type="checkbox"/> Schmerzen Oberbauch	<input type="checkbox"/> gehen die Blähungen ab	<input type="checkbox"/> Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/> Stuhl drang bei Nervosität	<input type="checkbox"/> Leaky Gut Syndrom
<input type="checkbox"/> Sodbrennen	<input type="checkbox"/> Geruchlos	<input type="checkbox"/> Fissuren	<input type="checkbox"/> Dünndarmulkus	<input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom
<input type="checkbox"/> Halsschmerzen	<input type="checkbox"/> Geruch faule Eier	<input type="checkbox"/> Stuhl geht mit ab	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Darmkrebs

**Toilettengewohnheiten**

Wie lange sitzen Sie?  
\_\_\_\_\_

Lesen Sie?  
\_\_\_\_\_

Handy auf der Toilette?  
\_\_\_\_\_

Wie oft pro Tag groß?  
\_\_\_\_\_

Schränkt Sie der Stuhlgang im Alltag ein?  
\_\_\_\_\_

Müssen Sie pressen?  
\_\_\_\_\_

**Stuhlbeschaffenheit**

Stuhl hart

Stuhl weich

Stuhl voluminös

Stuhl schwimmt

Stuhl schmiert

Stuhl geformt

Stuhl ungeformt

Stuhlfarbe \_\_\_\_\_

Blutauflagerungen

Toilettenpapier viel

Toilettenpapier wenig

Feuchtes Toilettenpapier

**Leber**

Leberzirrhose

Lebervergrößerung

Leberentzündung

schlechte Leberwerte

Fettleber

Cholesterin hoch

Leberzyste

Zystenleber

Alkohol

Rohkost am Abend

Smoothies

**Gallenblase**

Galleschmerzen

Gallensteine

Gallengries

Entzündung

Gallestau

Galleverlustsyndrom

Schulterschmerzen rechts

Schmerzen unterm Rippenbogen rechts

Gallenblasen-OP

Schmerzen nach Kaffee

**Bauchspeicheldrüse**

Entzündung akut

Entzündung chronisch

Diabetes Typ 1 angeboren

Diabetes Typ 1 Autoimmun

Diabetes Typ 2

Enzymmangel

Schmerzen kreisförmig Oberbauch

Stuhl drang nach Essen

Mumps als Kind

Insulinresistenz

Schwangerschaftsdiabetes

**Wie ernähren Sie sich aktuell, bitte unterstreichen? Was haben Sie schon ausprobiert?**

<input type="checkbox"/> Vollwertkost	<input type="checkbox"/> Vegetarier	<input type="checkbox"/> Paleo	<input type="checkbox"/> Intermittierenden Fasten	<input type="checkbox"/> Smoothies
<input type="checkbox"/> Mischkost	<input type="checkbox"/> Laktovegetarier	<input type="checkbox"/> AI Paleo	<input type="checkbox"/> FODMAPs	<input type="checkbox"/> Eiweißshakes
<input type="checkbox"/> Rohkost	<input type="checkbox"/> Veganer	<input type="checkbox"/> Low-Carb	<input type="checkbox"/> Wie süßen Sie?	<input type="checkbox"/> Energiedrinks
<input type="checkbox"/> Trennkost	<input type="checkbox"/> Makrobiotik	<input type="checkbox"/> Eiweißdiät		<input type="checkbox"/> Zuckerfreie Kaugummis

Wieviel Trinken Sie am Tag und was? (Kaffee, Tee, Wasser etc.) \_\_\_\_\_

Wieviel Durst haben Sie?  viel  wenig

Wie oft Essen Sie am Tag?

Sind Sie hungrig?  Essen Sie aus Appetit  Essen Sie gerne?  Essen Sie, weil Sie müssen?  Angst vorm Essen?

Schmeckt Ihnen Ihr Essen im Moment?  ja  nein, warum nicht \_\_\_\_\_

Verzichten Sie freiwillig auf?

Milch  Gluten  Zucker  Histaminhaltige Lebensmittel

Käse  Weizen  Hülsenfrüchte  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Was essen Sie am liebsten? \_\_\_\_\_

Was mögen Sie gar nicht? \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie eine Essstörung?  ja  nein

Trinken Sie Alkohol?  ja,  nein  Wieviel Alkohol vertragen Sie?  nein

Rauchen Sie?  ja, wie viele?

Nehmen Sie Drogen?  ja, wie viele?

**Histaminintoleranz (Histaminüberschuss bzw. -abbauprobem)?**

<input type="checkbox"/> Schwellung Gesicht	<input type="checkbox"/> Schwitzen	<input type="checkbox"/> tränende, jucken Augen	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Müdigkeit
<input type="checkbox"/> Hitze Gesicht	<input type="checkbox"/> Atemnot	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Gehirnnebel
<input type="checkbox"/> Röte Gesicht	<input type="checkbox"/> Halsschwellung	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Schlafprobleme
<input type="checkbox"/> Rotes Dekolleté	<input type="checkbox"/> Fließschnupfen	<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Durchfall	
<input type="checkbox"/> Quaddeln	<input type="checkbox"/> Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Kreislaufstörung	<input type="checkbox"/> Juckreiz	

Nehmen Sie was ein?  Antihistamin  Quercetin  Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie lange dauern die Symptome an? \_\_\_\_\_

### Schilddrüse

- |   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Überfunktion             | <input type="checkbox"/> Knoten allgemein  | <input type="checkbox"/> L-Thyroxin _____ | <input type="checkbox"/> Schweinehormone | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen OP   |
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion            | <input type="checkbox"/> Knoten heiß       | <input type="checkbox"/> Thybon (T3)      | <input type="checkbox"/> Rinderhormone   | <input type="checkbox"/> Warum? _____      |
| <input type="checkbox"/> Thyreoiditis de Quervain | <input type="checkbox"/> Knoten kalt       | <input type="checkbox"/> Kombipräparat    | <input type="checkbox"/> Jod             | <input type="checkbox"/> Wann?             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse vergrößert   | <input type="checkbox"/> Zysten            | <input type="checkbox"/> Thyroxin mit Jod |  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs |
| <input type="checkbox"/> Kropf                    | <input type="checkbox"/> Schilddrüse klein | <input type="checkbox"/> keine Hormone    |  | <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie  |

### Hashimoto Thyreoiditis

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blähungen       | <input type="checkbox"/> Zyklusprobleme |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung     | <input type="checkbox"/> Libidoverlust  |
| <input type="checkbox"/> Durchfall       | <input type="checkbox"/> Herzrasen      |
| <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Herzstolpern   |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Puls langsam   |

### oder

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Endokrine Orbitopathie |
| <input type="checkbox"/> Heißhunger             |
| <input type="checkbox"/> Durst                  |
| <input type="checkbox"/> Durchfall              |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust        |

### Schilddrüsenunterfunktion

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen  | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen  | <input type="checkbox"/> Panikattacken          |
| <input type="checkbox"/> Nervenschmerzen  | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit        |
| <input type="checkbox"/> kalteempfindlich | <input type="checkbox"/> Unkonzentriert         |
| <input type="checkbox"/> Myxödem          | <input type="checkbox"/> Gehirnnebel            |

### Morbus Basedow oder

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzrasen       | <input type="checkbox"/> Endokrine Orbitopathie |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen     | <input type="checkbox"/> Heißhunger             |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Durst                  |
| <input type="checkbox"/> Myxödem         | <input type="checkbox"/> Durchfall              |
| <input type="checkbox"/> Kropf           | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust        |

### Schilddrüsenüberfunktion

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit            |
| <input type="checkbox"/> Muskelzittern   | <input type="checkbox"/> Rastlosigkeit          |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen       | <input type="checkbox"/> wütend                 |
| <input type="checkbox"/> wärmeintolerant | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung |
| <input type="checkbox"/> Zyklusprobleme  | <input type="checkbox"/> Libidoverlust          |

Gab es ein Ereignis bevor die Schilddrüsenerkrankung kam z.B. nach Geburt, hohe Stressphasen etc.?

Wann war die Diagnose der Schilddrüsenerkrankung?

Liegen Schilddrüsenerkrankungen in der Familie?

ja, wer \_\_\_\_\_

nein

Vertragen Sie die Schilddrüsen-tabletten?

ja

nein

### Weiteres Hormonsystem

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nebenniereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Nebennierenadenome | <input type="checkbox"/> Hypophyseninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Hypophysentumor | <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüsen |
|--|---|---|--|--|

### Nebennierenschwäche Cortisol-Dysbalance:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung         | <input type="checkbox"/> Lethargie         | <input type="checkbox"/> Infektanfällig        | <input type="checkbox"/> Erschöpfung trotz Pausen und genügend Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit           | <input type="checkbox"/> Herzrasen         | <input type="checkbox"/> keine Stressresistenz | <input type="checkbox"/> Tagespensum nur unter Anstrengung erreichen  |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörung       | <input type="checkbox"/> Blutdruck niedrig | <input type="checkbox"/> schnell überfordert   | <input type="checkbox"/> Zunahme der Unverträglichkeiten              |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankung | <input type="checkbox"/> Schmerzen         | <input type="checkbox"/> schnell am ausrasten  | <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen                     |

### Schlafqualität

- |  |                                      |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> gut   | <input type="checkbox"/> schlecht    | <input type="checkbox"/> Einschlaf-Probleme      | <input type="checkbox"/> Durchschlaf-Probleme            |
| <input type="checkbox"/> Anzahl der Stunden                            | <input type="checkbox"/> Aufwachzeit | <input type="checkbox"/> Wie lange brauchen Sie? | <input type="checkbox"/> Wann und wie oft wachen Sie auf |
| <input type="checkbox"/> müssen Sie mehr als einmal pro Nacht aufs Klo |                                      |  |  |

### Stoffwechsel

- |                                  |                                |                                     |   |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HPU/KPU | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Insulinresistenz |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---|

### Fragen an die Frauen

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig   | <input type="checkbox"/> Pilze               | <input type="checkbox"/> Östrogendominanz      | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch        | <input type="checkbox"/> Fehlgeburt              |
| <input type="checkbox"/> Periode unregelmäßig | <input type="checkbox"/> Ausfluss            | <input type="checkbox"/> Progesteronmangel     | <input type="checkbox"/> Schwanger           | <input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft |
| <input type="checkbox"/> Zyklusdauer _____    | <input type="checkbox"/> Geruchslos          | <input type="checkbox"/> Progesteronüberschuss | <input type="checkbox"/> Schwanger gewesen   | <input type="checkbox"/> Abbruch                 |
| <input type="checkbox"/> Blutungsdauer _____  | <input type="checkbox"/> Geruch              | <input type="checkbox"/> Myome                 | <input type="checkbox"/> Kaiserschnittgeburt | <input type="checkbox"/> Ausschabung             |
| <input type="checkbox"/> PMS                  | <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit | <input type="checkbox"/> Zysten                | <input type="checkbox"/> Natürliche Geburt   | <input type="checkbox"/> Endometriose            |
| <input type="checkbox"/> Regelschmerzen       | <input type="checkbox"/> Schmerzen beim GV   | <input type="checkbox"/> PCO                   |  | <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung         |

### Wie verhüten Sie aktuell, bitte unterstreichen? Welche Verhütungsform haben Sie schon verwendet?

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pille _____        | <input type="checkbox"/> Depotspritze       | <input type="checkbox"/> Spirale (Kupfer)  | <input type="checkbox"/> Verhütungscomputer |
| <input type="checkbox"/> Nuva Ring          | <input type="checkbox"/> Spirale (Hormon)   | <input type="checkbox"/> Diaphragma        | <input type="checkbox"/> Kondome            |
| <input type="checkbox"/> Verhütungspflaster | <input type="checkbox"/> Verhütungsstäbchen | <input type="checkbox"/> Temperaturmethode | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____    |

Vertragen Sie die Pille?

ja

nein

Nehmen Sie die Pille durchgängig?

ja

nein

Wann war die letzte Periode? \_\_\_\_\_

Erste Periode (als Mädchen) \_\_\_\_\_ letzte Periode (als Frau) \_\_\_\_\_

Sind die Hormone getestet worden?

Blut

Speichel

Ergebnisse bitte mitbringen.

Nehmen Sie Hormone Progesteron oder DHEA etc.?

ja

nein

Warum und seit wann?

### Endometriose

- |   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnose bestätigt | <input type="checkbox"/> OP Bericht mitbringen | <input type="checkbox"/> Pille ja           | <input type="checkbox"/> Pille nein         | <input type="checkbox"/> Schokoladenzysten |
| <input type="checkbox"/> Operation          |  | <input type="checkbox"/> wird durchgenommen | <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig | <input type="checkbox"/> Myome             |
| <input type="checkbox"/> Wie viele?         |  | <input type="checkbox"/> wird vertragen     |   | <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen |

Wann und wo sind die Schmerzen

- |   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> immer            | <input type="checkbox"/> ab Eisprung    | <input type="checkbox"/> Mittelschmerz | <input type="checkbox"/> vor der Periode | <input type="checkbox"/> während der Periode |
| <input type="checkbox"/> bei Wasserlassen | <input type="checkbox"/> beim Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Unterbauch    | <input type="checkbox"/> Gebärmutter     | <input type="checkbox"/> Eierstock           |

### Sind Sie in den Wechseljahren?

- |  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig  | <input type="checkbox"/> Myome                 | <input type="checkbox"/> ja, seit wann?   | <input type="checkbox"/> trockene Haut    | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen       |
| <input type="checkbox"/> Zyklusdauer _____   | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme       | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> trockene Scheide | <input type="checkbox"/> Osteoporose           |
| <input type="checkbox"/> Blutungsdauer _____ | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme Bauch | <input type="checkbox"/> Hitzewallungen   | <input type="checkbox"/> trockene Augen   | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |
| <input type="checkbox"/> keine Periode       | <input type="checkbox"/> Blasenschwäche        | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß     | <input type="checkbox"/> Haarausfall      | <input type="checkbox"/> Depressionen          |
| <input type="checkbox"/> Dauerblutung        | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen         | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen    |   | <input type="checkbox"/> Libidoverlust         |
|  |  | <input type="checkbox"/> Herzrasen        |   |  |

**Frage an die Männer:**

- |  |   |                                       |  |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Trichterbrust | <input type="checkbox"/> Probleme beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Libidoverlust                         |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall   | <input type="checkbox"/> Prostataprobleme           | <input type="checkbox"/> Mumps gehabt |  |
| Sind die Hormone getestet worden?      |   | <input type="checkbox"/> Blut         | <input type="checkbox"/> Speichel Ergebnisse bitte mitbringen. |

**Sport**

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fitness Studio            | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein               | <input type="checkbox"/> Pilates                 | <input type="checkbox"/> Yoga              |
| <input type="checkbox"/> Ballsport                 | <input type="checkbox"/> Kraftsport             | <input type="checkbox"/> Cardio             | <input type="checkbox"/> Treiben Sie viel Sport? | <input type="checkbox"/> zu Müde für Sport |
| <input type="checkbox"/> oft Muskelkater           | <input type="checkbox"/> Kampfsport             | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____    | <input type="checkbox"/> Schwitzen Sie viel?     | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes      |
| <input type="checkbox"/> lange Regenerationsphasen | <input type="checkbox"/> schneller Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Gewicht zu hoch    | <input type="checkbox"/> Schwitzen Sie wenig?    | <input type="checkbox"/> Proteinriegel     |
|  | <input type="checkbox"/> langsamer Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Gewicht zu niedrig |  |  |

**Hals**

- Halsschmerzen
- Kehlkopfentzündungen
- Mandelentzündungen
- Mandelsteine
- große Mandeln
- Räuspern
- Heisere Stimme
- Struma
- Kloßgefühl
- Husten
- Lymphknoten geschwollen

**Mund**

- trocken
- Speichelfluss wenig
- Speichelfluss viel
- Speichelsteine
- brennen
- Aphten
- Herpes
- Pilz
- Zungenbelag
- Farbe \_\_\_\_\_
- Zungen groß
- eingerissene Mundwinkel
- Mundgeruch
- Schlechter Geschmack
- Lippen trocken
- Zahnschmerzen

**Ohren**

- Ohrenschmerzen
- Ohrenentzündungen
- Tinnitus
- Hörsturz
- Schwerhörig
- Ohrenschmalz viel
- Ohrjucken
- Ohrensausen
- Ohrendruck
- Mittelohrentzündung
- Schwindel

**Augen**

- Augenentzündungen
- Bindehautentzündung
- Tränende
- Trockene
- Geschwollene
- Rot
- Verklebt
- kurzsichtig
- weitsichtig
- Brille
- Kontaktlinsen
- gelasert
- Grüner Star
- Grauer Star

**Herz/Kreislauf**

- Herzerkrankung
- Herzrasen
- Herzstolpern
- Puls schnell
- Puls langsam
- Blutdruck hoch
- Blutdruck niedrig

**Fingernägel**

- brechen ab
- weich
- hart
- Rillen
- fleckig
- Rillen
- Pilz

**Haare**

- fettig
- trocken
- Schuppen
- Ekzeme
- Haarausfall
- Haarbruch

**Nase**

- Nasennebenhöhlen-entzündungen
- Nasenbluten
- Niesen
- Verstopft
- Stinkend
- Polypen
- Schnarchen
- Verkrustungen
- Geruchsverlust
- Nasenspray

**Lunge/Bronchien**

- Lungenentzündung
- Lungenfibrose
- Staublunge
- COPD
- Bronchitis
- Asthma
- Asthma allergisch

**Blut**

- Durchblutungsstörungen
- kalte Hände
- kalte Füße
- frieren
- Krampfadern
- Besenreiser
- B 12 Mangel
- Cholesterin erhöht
- Leukämie
- Schlaganfall
- Gerinnungsstörungen
- Thrombosen
- Anämie
- Eisenmangel

**Haut**

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> trocken   | <input type="checkbox"/> fleckig       | <input type="checkbox"/> Schwitzen stark |
| <input type="checkbox"/> fettig    | <input type="checkbox"/> Akne          | <input type="checkbox"/> Geruch          |
| <input type="checkbox"/> schuppig  | <input type="checkbox"/> Urtikaria     | <input type="checkbox"/> Geruchlos       |
| <input type="checkbox"/> unrein    | <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> überall         |
| <input type="checkbox"/> entzündet | <input type="checkbox"/> Psoriasis     | <input type="checkbox"/> Kopf            |
| <input type="checkbox"/> Juckreiz  | <input type="checkbox"/> Vitiligo      | <input type="checkbox"/> Wo? _____       |

- Pilze
- Ekzeme
- Wundheilungsstörungen
- Melanome
- Pigmentflecken

- Orangerhaut
- Tattoos
- Piercings
- starke Narbenbildung
- viel Hornhaut

**Blase**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung        | <input type="checkbox"/> Reizblase          |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung häufig | <input type="checkbox"/> schwache Blase     |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen               | <input type="checkbox"/> Inkontinenz        |
| <input type="checkbox"/> brennen                 | <input type="checkbox"/> Trampolin springen |
| <input type="checkbox"/> Blasen Spiegelung       | <input type="checkbox"/> Lachen             |

**Niere**

- Nierenbeckenentzündung
- Nierensteine
- Nierengries
- Nierenschmerzen
- Rückenschmerzen

- Doppelnieren
- Zystennieren
- Eiweißshakes
- Hautprobleme

**Milz**

- vergrößert
- EBV-Virus
- operiert

**Sind Sie geimpft? Sie müssen den Impfausweis nicht mitbringen**

- |  |                                     |                                     |                                      |                                      |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Corona        | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein       | <input type="checkbox"/> Impfstoff   | <input type="checkbox"/> Masern      |
| <input type="checkbox"/> Tetanus       | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Polio      | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Röteln      |
| <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> HPV        | <input type="checkbox"/> FMSE       | <input type="checkbox"/> Mumps       | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Herpes Zoster | <input type="checkbox"/> Influenza  | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Strovac     |                                      |

**Hatten Sie schon eine Infektionskrankheit? (Bitte Jahr angeben)**

- |   |                                      |                                     |   |                                       |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Virushepatitis A, B, C, D, E   | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Röteln             | <input type="checkbox"/> Pneumokokken |
| <input type="checkbox"/> Influenza                      | <input type="checkbox"/> Windpocken  | <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung | <input type="checkbox"/> Malaria      |
| <input type="checkbox"/> Covid-19                       | <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> FSME       | <input type="checkbox"/> Meningokokken      | <input type="checkbox"/> TBC          |
| <input type="checkbox"/> EBV/Pfeiffersches Drüsenfieber |                                      | Verlauf: _____                      |   |                                       |
|   |                                      | Verlauf: _____                      |   |                                       |

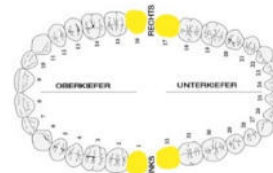
**Hatten Sie eine Krebserkrankung?**

- |                                      |                                    |                                      |  |                                      |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wann? _____ | <input type="checkbox"/> Operation | <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Medikamente |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|

**Welches Füllmaterial wurde für Ihre Zähne verwendet?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amalgam           | <input type="checkbox"/> Gold                     | <input type="checkbox"/> Zahnschmerzen         |
| <input type="checkbox"/> Amalgam entfernt? | <input type="checkbox"/> Implantate               | <input type="checkbox"/> empfindliche Zähne    |
| <input type="checkbox"/> Kunststoff        | <input type="checkbox"/> Weisheitszähne vorhanden | <input type="checkbox"/> Zahnfleischentzündung |
| <input type="checkbox"/> Keramik           | <input type="checkbox"/> Milchzähne vorhanden     | <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten     |

Bitte zeichnen Sie wurzelbehandelte und fehlende Zähne ein.

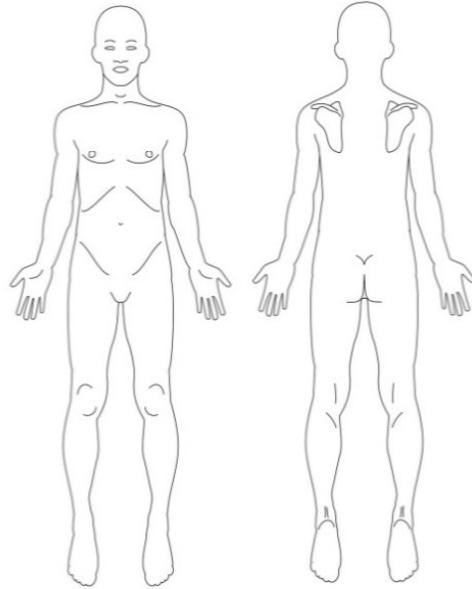


**Kopf**

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen          | <input type="checkbox"/> Gesichtsschmerzen | <input type="checkbox"/> kribbeln |
| <input type="checkbox"/> Spannungskopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Facialis          | <input type="checkbox"/> brennen  |
| <input type="checkbox"/> Migräne                | <input type="checkbox"/> Trigeminus        | <input type="checkbox"/> taub     |

**Muskeln, Nerven und Knochen**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule    | <input type="checkbox"/> Schulter Impingement | <input type="checkbox"/> Anlaufschmerz         |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule   | <input type="checkbox"/> Sehnenentzündung     | <input type="checkbox"/> Ruheschmerz           |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule  | <input type="checkbox"/> Karpaltunnelsyndrom  | <input type="checkbox"/> kleine Gelenke        |
| <input type="checkbox"/> Skoliose           | <input type="checkbox"/> Meniskus             | <input type="checkbox"/> große Gelenke         |
| <input type="checkbox"/> Hohlkreuz          | <input type="checkbox"/> Ganglion             |  |
| <input type="checkbox"/> Rundrücken         | <input type="checkbox"/> Leistenbruch         | <input type="checkbox"/> Restless Legs         |
| <input type="checkbox"/> Morbus Scheuermann | <input type="checkbox"/> Ischias              | <input type="checkbox"/> Arthrose              |
| <input type="checkbox"/> ISG                | <input type="checkbox"/> geschwollene Beine   | <input type="checkbox"/> Arthritis             |
| <input type="checkbox"/> Steißbein          | <input type="checkbox"/> Schleudertrauma      | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Rippen Schmerzen   | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall  | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie          |
| <input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe      | <input type="checkbox"/> Wo?                  | <input type="checkbox"/> Rheuma                |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen    | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew     | <input type="checkbox"/> ANA                   |
| <input type="checkbox"/> Muskelzittern      | <input type="checkbox"/> Kollagenose          | <input type="checkbox"/> HLA-B27               |
| <input type="checkbox"/> Myogelosen         | <input type="checkbox"/> Osteoporose          | <input type="checkbox"/> Rheumafaktor          |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen    |   | <input type="checkbox"/> Anti CCP              |
|   |   | <input type="checkbox"/> ANCA                  |



Was nehmen Sie hierfür ein? \_\_\_\_\_  
 Hatten Sie Knochenbrüche oder Sehnenabrissse? Wenn ja, Wo? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie Narben? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Hatten Sie schon mal einen Autounfall?  ja  nein  
 Hatten Sie schon andere Unfälle? Wenn ja, was für welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**Schmerzanamnese**  Wo, welches Organ oder Stelle am Körper? \_\_\_\_\_  
 Intensität 1-10 \_\_\_\_\_  
 Dauer? \_\_\_\_\_ Wann Tagszeit? \_\_\_\_\_

**Schmerzqualität**

<input type="checkbox"/> quälend	<input type="checkbox"/> lähmend	<input type="checkbox"/> heftig	<input type="checkbox"/> Vernichtungsschmerz
<input type="checkbox"/> dumpf	<input type="checkbox"/> drückend	<input type="checkbox"/> ziehend	<input type="checkbox"/> pocht
<input type="checkbox"/> brennt	<input type="checkbox"/> kribbeln	<input type="checkbox"/> elektrisierend	<input type="checkbox"/> krampfartig
			<input type="checkbox"/> kalkartig

**Welche Operationen hatten Sie? (Bitte Jahr angeben)**

<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Nasenpolypen	<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<input type="checkbox"/> Knie re_ li_	<input type="checkbox"/> Brust-OP
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Nasensecheidewand	<input type="checkbox"/> Zysten	<input type="checkbox"/> Schulter re_ li_	<input type="checkbox"/> Augen gelasert
<input type="checkbox"/> Mandeln	<input type="checkbox"/> Zahn-OP	<input type="checkbox"/> Endometriose	<input type="checkbox"/> Hüfte re_ li_	<input type="checkbox"/> Lidstraffung
<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Darm-OP	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Karpaltunnel re_ li_	<input type="checkbox"/> Nasenkorrektur
<input type="checkbox"/> Bandscheibe _____	<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Bauchspiegelung	<input type="checkbox"/> Halux re_ li_	<input type="checkbox"/> Transplantationen

**Welche Vorerkrankungen gibt es in der Familie? (z.B. Genetische Erkrankungen, Krebs, Schilddrüse, Herzleiden)**

Eltern: \_\_\_\_\_  
 Geschwister: \_\_\_\_\_  
 Großeltern: \_\_\_\_\_  
 Tanten und Onkel: \_\_\_\_\_

**Aus ganzheitlicher Sicht ist es für mich auch wichtig Ihre persönlichen Verhältnisse zu erfahren.**

Wie war Ihre Geburt?	<input type="checkbox"/> Natürlich	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> gestillt	<input type="checkbox"/> Flaschenkind
Wie war Ihre Kindheit?	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> unglücklich	<input type="checkbox"/> eigene Aussage:	
Wie war Ihre Pubertät?	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> unglücklich	<input type="checkbox"/> eigene Aussage:	
Wie war Ihre Schulzeit	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> unglücklich	<input type="checkbox"/> eigene Aussage:	

**Fragen zu Schule, Studium und Arbeit?**

Welchen Schulabschluss haben Sie? \_\_\_\_\_  
 Haben Sie eine Ausbildung gemacht?  ja  nein  
 Arbeiten Sie in Ihrem Beruf?  ja  nein  
 Gehen Sie gerne in die Schule oder zur Arbeit?  ja  nein  
 Mögen Sie Ihren Job, wenn nein warum nicht? \_\_\_\_\_

**Wie ist Ihre Freizeitgestaltung**

Haben Sie Hobbies?  ja, welche \_\_\_\_\_  
 Wandern  Singen  Musizieren  Musizieren  Sonstiges \_\_\_\_\_  
 Freundeskreis  groß  klein \_\_\_\_\_

**Beziehung und Kinder**

<input type="checkbox"/> Single glücklich	<input type="checkbox"/> Single unglücklich	<input type="checkbox"/> frisch getrennt	<input type="checkbox"/> in Scheidung	<input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> verheiratet/Beziehung	<input type="checkbox"/> glücklich	<input type="checkbox"/> unglücklich	<input type="checkbox"/> alleinerziehend	<input type="checkbox"/> Patchworkfamilie

**Wie fühlen Sie sich die meiste Zeit?**

<input type="checkbox"/> müde	<input type="checkbox"/> wütend	<input type="checkbox"/> gut aufgehoben	<input type="checkbox"/> ausgeliefert	<input type="checkbox"/> enttäuscht
<input type="checkbox"/> unausgeschlafen	<input type="checkbox"/> zornig	<input type="checkbox"/> zufrieden	<input type="checkbox"/> gelangweilt	<input type="checkbox"/> traurig
<input type="checkbox"/> erschöpft	<input type="checkbox"/> rasend	<input type="checkbox"/> angekommen	<input type="checkbox"/> eingebunden	<input type="checkbox"/> verzweifelt
<input type="checkbox"/> ausgelaugt	<input type="checkbox"/> ungerecht behandelt	<input type="checkbox"/> verletzt	<input type="checkbox"/> gefordert	<input type="checkbox"/> im Stich gelassen
<input type="checkbox"/> überfordert	<input type="checkbox"/> unterfordert	<input type="checkbox"/> gedemütigt	<input type="checkbox"/> erfolgreich	<input type="checkbox"/> einsam
<input type="checkbox"/> energielos	<input type="checkbox"/> gestresst	<input type="checkbox"/> ausgenutzt	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> glücklich
<input type="checkbox"/> angekommen	<input type="checkbox"/> energievoll	<input type="checkbox"/> aussichtslos	<input type="checkbox"/> ausgeschlafen	<input type="checkbox"/> fröhlich
<input type="checkbox"/> Stressintoleranz	<input type="checkbox"/> aggressiv	<input type="checkbox"/> erschöpft		

Wichtige Ereignisse in Ihrem Leben, die Sie mir mitteilen wollen

---



---



---

Wie sieht ein typischer Tag bei Ihnen aus?

---



---



---



---



---

Waren Sie schon mal beim Heilpraktiker?

 ja

 nein

Welche Therapien haben Sie schon gemacht?

Sind Sie in momentan in Behandlung?

 Arzt

 Heilpraktiker

Aus welchem Grund?

---

**Ich wende in meiner Praxis unter anderem folgende Therapien an:**

Bitte kreuzen Sie an, welche Therapieform Sie bevorzugen und streichen Sie durch welche Sie keinesfalls wünschen.

<input type="checkbox"/> Spagyrik - Pflanzenessenzen (Urtinkturen)	<input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor Spritzen?	<input type="checkbox"/> Stuhldiagnostik
<input type="checkbox"/> Komplexhomöopathie	<input type="checkbox"/> Infusionstherapie (Vitamine, Mineralstoffe, Basen)	<input type="checkbox"/> Hormondiagnostik
<input type="checkbox"/> Phytotherapie-Pflanzenheilkunde	<input type="checkbox"/> Neuraltherapie	<input type="checkbox"/> Urindiagnostik
<input type="checkbox"/> Nährstofftherapie - Orthomolekulare Medizin	<input type="checkbox"/> Hömakupunktur	<input type="checkbox"/> Blutdiagnostik
<input type="checkbox"/> Cranio-Sakrale-Osteopathie	<input type="checkbox"/> Bauchmassage Hara-Massage	<input type="checkbox"/> Kinesiologische Testung
<input type="checkbox"/> Dorn-Osteopathie	<input type="checkbox"/> Kieferbalance Reset® nach Philip Rafferty	<input type="checkbox"/> Kinesiologie
<input type="checkbox"/> Sympathikus-Therapie	<input type="checkbox"/> Trockenes Schröpfen	<input type="checkbox"/> Touch for Health

Noch eine vorletzte Frage: Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige Sie, dass Sie alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datum

Patientenname im Druckbuchstaben

Patientenunterschrift

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Mit besten Grüßen für Ihre Gesundheit Ihre Heilpraktikerin Lena Brauer



Tipps für Ihre Gesundheit, das Neuste aus der Forschung und Kochrezepte gibt es auf meinen Seiten bei:





# Behandlungsvertrag

Zwischen Heilpraktikerin Lena Brauer  
und



Vorname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Nachname: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

**§1 Ich arbeite mit den Informationen**, die ich von Ihnen anhand des Fragebogens und der Anamnese erhalte. Aus diesem Grunde möchte ich Sie bitten, jegliche Beschwerden zu nennen, auch solche, die Sie gar nicht mit dem eigentlichen Besuchsgrund in Verbindung bringen würden.

**§2 Eine Behandlung beim Heilpraktiker** basiert auf einer ganzheitlichen Behandlung von Körper, Geist und Seele. In der Naturheilkunde werden Methoden angewendet, die aus der Erfahrungsheilkunde stammen und daher schulmedizinisch nicht immer anerkannt und in vielen Fällen nicht wissenschaftlich gesichert sind.

**§3 Sorgfaltspflicht** Ich betreue Sie mit der größtmöglichen Sorgfalt. Ich wende jene Heilmethoden an, die nach meiner Überzeugung und meinem Ausbildungsstand auf dem einfachsten, schnellsten und kostengünstigsten Weg zur Linderung und ggf. zur Heilung (kein Heilversprechen) der Beschwerden führen können. Auf alle Behandlungsmethoden wird keine Garantie auf Heilung oder Linderung gegeben. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass kein Versprechen auf Heilung gemäß Heilmittelwerbegesetz (HWG) gegeben wird.

**§4 Aufklärungspflicht/Aufklärungsumfang** Der Heilpraktiker ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose und die Therapie, sowie die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung. Mit Ihrer Unterschrift unter diesen Vertrag bestätigen Sie, dass nachfolgende Punkte umfassend besprochen wurden: Ihren Gesundheitszustand, die Art der Erkrankung, die Behandlungsmethode und deren voraussichtliche Dauer, die zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen, Belastungen, Risiken und Erfolgchancen der Therapie

## §5 Terminvereinbarungen:

**Vereinbarte Termine** sind verbindlich und müssen mindestens 48 h vorher telefonisch oder per Email abgesagt werden, sms reicht nicht. Sie erhalten für jeden Termin eine Emailbestätigung. In der Terminbestätigung ist ein Absage-link enthalten. (Montagstermine am Donnerstag, bei dazwischen liegenden Feiertagen am entsprechenden Werktag vorher). Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden komplett in Rechnung gestellt, da sie so kurzfristig nicht belegt werden können.

Die Beratung / Nachbetreuung per Telefon oder Zoom ersetzt die reguläre Behandlung in der Praxis nicht und wird zusätzlich zu den persönlichen Terminen angeboten

## §6 Die Behandlungskosten

<b>Erstberatungstermin</b> Auswertung und Beurteilung Ihres Fragebogens, Laborwerten und ärztlichen Befundberichten, eine körperliche Untersuchung und die Beratung hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten. <b>Dauer 70 Minuten</b> . Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	160,00 €
<b>Erstberatungstermin</b> Auswertung und Beurteilung Ihres Fragebogens, Laborwerten und ärztlichen Befundberichten, eine körperliche Untersuchung und die Beratung hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten. <b>Dauer 90 Minuten zu empfehlen bei viele Befunde und/oder eine langer Krankengeschichte</b> . Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	200,00 €
<b>Erstberatungstermin inklusive aktuellen Befundbesprechung z.B. Darmbefund oder Schilddrüsenblutwerte. Dauer 120 Minuten</b> . Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	280,00 €
<b>Online-Praxis Erstberatungstermin per Zoom</b> Auswertung und Beurteilung Ihres Fragebogens, Laborwerten und ärztlichen Befundberichten, eine körperliche Sichtung und die Beratung hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten. <b>Dauer 60 Minuten + 10 Minuten Nachbearbeitung</b> .. Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	160,00 €
<b>Online-Praxis Erstberatungstermin per Zoom</b> Auswertung und Beurteilung Ihres Fragebogens, Laborwerten und ärztlichen Befundberichten, eine körperliche Sichtung und die Beratung hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten. <b>Dauer 80 Minuten + 10 Minuten Nachbearbeitung zu empfehlen bei viele Befunde und/oder eine langer Krankengeschichte</b> . Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	200,00 €
<b>Befundbesprechungen</b> vor Ort in der Praxis mit Therapieempfehlung, Therapieplan, Rezepterstellung 70 Minuten. Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	160,00 €
<b>Online-Praxis Befundbesprechungen per Zoom mit Besprechungszeit</b> für Befund und Therapieempfehlung 55 Minuten + Nachbereitung: E-Mail, Therapieplan- und Rezepterstellung 15 Minuten. Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	160,00 €
<b>Folgetermin</b> vor Ort in der Praxis 50 Minuten, es erfolgen keine Befundbesprechungen, sondern Therapieanpassungen. In den Folgeterminen können alle Therapien, die ich anbiete gemacht werden, dass entscheiden wir zusammen. Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	120,00 €

<b>Folgetermine per Zoom oder Telefon</b> 40 Minuten, Therapieanpassungen. + E-Mail, Therapieplan- und Rezepterstellung 10 Minuten. Zeitlicher Mehraufwand wird zusätzlich berechnet.	120,00 €
<b>Kurzberatung</b> per Telefon oder E-Mail nach zeitlichen Aufwand wie bei einem Folgetermin	
Rezept- und Therapieplanerstellung <b>ohne Termin</b> nach zeitlichen Aufwand wie bei einem Folgetermin	
Cranio-Sakrale-Osteopathie, Dorn-Osteopathie-Integration, Sympathikus Therapie, Dorntherapie, Faszien-Therapie, Schröpfen 50 Minuten	120,00 €
Holistische Bauchmassage und Viszerale Osteopathische Techniken 50 Minuten	120,00 €
<b>Schilddrüsenmassage</b> 50 Minuten	120,00 €
<b>Vitamin C Infusionen:</b> Durchlaufzeit der Infusion bei Vitamin C mind. 30 Minuten + Vorbereitungszeit und anlegen. Der Infusion.	120,00 €
Preise teile ich Ihnen dann für Spezielle Infusionen gerne auf Anfrage mit.	Preis auf Anfrage
Spritzen Einzeltermin 25 Minuten	60,00 €
Neuraltherapie Einzeltermin 25 Minuten	60,00 €

**§7 Die Bezahlung** erfolgt mit EC Karte oder in bar. Die Bezahlung erfolgt direkt nach dem Termin. Sie erhalten von mir eine Quittung und auf Wunsch auch eine aufgeschlüsselte Rechnung für Ihre Versicherung. Online-Praxis nur per Vorkasse.

**§8 Die Kostenübernahme:** Die gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen erstatten die Behandlungskosten für Heilpraktiker in der Regel nicht. Bei Privatkassen bzw. privaten Zusatzversicherung erfolgen die Erstattungen von Behandlungskosten nur im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages und meist nicht alle für Heilverfahren. In der Regel wird nicht der volle Betrag erstattet. Die Rechnung für die privaten Kostenträger wird nach den Ziffern der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH von 1985) abgerechnet und zwar mindestens der Höchstsatz. Eine erstellte Rechnung wird nicht verändert. Es obliegt Ihnen sich bei Ihrer Krankenversicherung zu erkundigen. Der Honoraranspruch des Heilpraktikers gegenüber dem Patienten besteht unabhängig von jeglicher Krankenversicherungsleistung und/oder - Beihilfeleistung in voller Höhe.

**§9 Die Kosten für Laboruntersuchungen** von Fremdlaboren gehen zu Lasten und auf Rechnung des Patienten. Alle Medikamente gehören zu den Eigenleistungen des Patienten. Ich möchte darauf hinweisen, dass Heilpraktiker keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen dürfen.

**§10 Schweigepflicht** Ich behandle alle Patientendaten streng vertraulich und erteile keine Auskünfte gegenüber Dritten, es sei denn, Sie äußern diesen Wunsch schriftlich oder ich bin gesetzlich dazu verpflichtet.

**§11 Schriftverkehr** Bitte beachten Sie, dass ich aus ökologischen Gründen versuche, möglichst keine Briefe mehr zu verschicken. Mit Angabe einer Email-Adresse erklären Sie sich automatisch einverstanden, relevante Post (Rechnungen, Berichte, Therapiepläne etc.) per Email zu erhalten. Dies gilt auch für den vierteljährlich erscheinenden kostenlosen Newsletter (Veranstaltungen, Neues aus der Praxis)

**§12 Facebook und Internetforen:** Jede Therapieempfehlung ist individuell auf Ihre jeweiligen Beschwerden abgestimmt. Bei Fragen zu Ihrer Therapie, wenden Sie sich bitte an mich. Bitte haben Sie Verständnis, dass wenn Sie kein Vertrauen in meine Therapie haben und meine Therapieempfehlung bei Facebook oder in Internetforen zur Diskussion stellen, werde ich die Therapie mit Ihnen sofort beenden.

**§13 Fotoaufnahmen:** da ich auch Blickdiagnostik anwende, möchte ich gerne Fotos diese werden natürlich nur ausgedruckt und nicht online gespeichert.

**§14 Datenschutz:** Es wird darauf hingewiesen, dass alle persönlichen und behandlungsrelevanten Angaben sowie medizinischen Befunde des Patienten einer Patientenkartei erhoben und gespeichert werden. **Hinweis:** Ich kann für den Schutz der Daten die Sie mir per WhatsApp oder Facebook senden nicht garantieren, daher werde ich keine Korrespondenz über diese Medien mit Ihnen führen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und ich freue mich auf eine gute Zusammenarbeit.  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Behandlungsvertrag gelesen und verstanden.

---

Datum	Patientenname im Druckbuchstaben	Patientenunterschrift
-------	----------------------------------	-----------------------

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.  
Ihre Heilpraktikerin Lena Brauer

## Patienteninformationen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist für uns sehr wichtig. Nach der DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert, weiterleitet oder sonst verarbeitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie haben.

### 1. Verantwortlich für die Datenverarbeitung

Verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist:

Heilpraktikerin Lena Brauer  
c/o "sinnvoll" - Zentrum für Gesundheit  
Menzinger Straße 68 80992 München  
Telefon: 089 99162033, E-Mail: [info@heilpraktikerin-lena-brauer.de](mailto:info@heilpraktikerin-lena-brauer.de)

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Heilpraktiker erfüllen zu können. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Behandlungspersonen (Ärzte/Heilpraktiker usw.) erhoben haben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht erhoben oder bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung durch unsere Praxis nicht erfolgen.

### 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Heilpraktiker/Ärzte/Psychotherapeuten/ Physiotherapeuten, Krankenkassen, Verrechnungsstellen und Apotheken sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall kann die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger erfolgen.

### 4. Speicherung Ihrer Daten:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir allerdings dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630 f BGB). Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)  
Promenade 27  
91522 Ansbach  
Telefon: +49 (0) 981 53 1300, Telefax: +49 (0) 981 53 98 1300  
E-Mail: [poststelle@lda.bayern.de](mailto:poststelle@lda.bayern.de), Homepage: [www.lda.bayern.de](http://www.lda.bayern.de)

### 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Art. 9 Abs. 2 h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 b BDSG, Art. 6 Abs. 1 b DSGVO.

---

Datum

Patientenname im Druckbuchstaben

Patientenunterschrift

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an mich wenden.  
Ihre Heilpraktikerin Lena Brauer