

# 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**

# Ganzheitlicher Gesundheitsfragebogen



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 und Speicheldiagnostik.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

versichert:  Privat  Zusatz  Beihilfe  gesetzlich/Selbstzahler

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

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

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

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

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

Manche Erkrankungen sind herkunftsspezifisch

Wegen Alkohol und tierischen Produkten in Medikamenten.

Haben Sie den Therapieablauf und das Praxiskonzept gelesen und verstanden

## Welches Anliegen führt Sie zu mir?

Darm  Schilddrüse  Nebenniere  Hormonsystem  Immunsystem

## Welche Therapien haben Sie deswegen schon versucht?

## Wurden folgende Untersuchungen schon mal gemacht?

<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Geschlechtshormone	<input type="checkbox"/> Eisen	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Cholesterin
<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> IGE Allergie	<input type="checkbox"/> Ig4 Allergie	<input type="checkbox"/> Mineralstoffe	<input type="checkbox"/> Vitamine
<input type="checkbox"/> Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> Magenspiegel	<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ultraschall

## Welche Erwartungshaltung haben Sie an mich?

## Wie groß ist Ihre Einsatzbereitschaft, wenn nötig, etwas an folgenden Punkten zu verändern.

	gering	mäßig	groß	zu allem bereit
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stresslevel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung/Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lifestyle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/> Phytotherapie-Pflanzenheilkunde	<input type="checkbox"/> Haben Sie Angst vor Spritzen?	<input type="checkbox"/> Stuhldiagnostik
<input type="checkbox"/> Nährstofftherapie - Orthomolekulare Medizin	<input type="checkbox"/> Infusionstherapie (Vitamine, Mineralstoffe, Basen)	<input type="checkbox"/> Hormondiagnostik
<input type="checkbox"/> Spagyrik - Pflanzenessenzen (Urtinkturen)	<input type="checkbox"/> Neuraltherapie	<input type="checkbox"/> Urindiagnostik
<input type="checkbox"/> Komplexhomöopathie	<input type="checkbox"/> Cranio-Sakrale-Osteopathie	<input type="checkbox"/> Blutdiagnostik
<input type="checkbox"/> Cranio-Sakrale-Osteopathie	<input type="checkbox"/> Bauchmassage	<input type="checkbox"/> Speicheldiagnostik

# VERDAUUNG UND ERNÄHRUNG

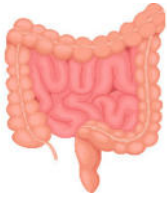


- Magenschmerzen
- vorm Essen
- beim Essen
- nach dem Essen

- Gastritis A B C
- Schmerzen Schulter li.
- Schmerzen Oberbauch
- Schmerzen Brustbein

- Reflux
- stiller Reflux
- Sodbrennen
- Halsschmerzen

- Aufstoßen
- Völlegefühl
- Roemheld-Syndrom
- Magenulkus



- Bauchschmerzen
- Rückenschmerzen
- Darmkrämpfe morgens
- Darmkrämpfe n. Essen
- Darmkrämpfe v. Essen
- Darmkrämpfe immer
- aufgeblähter Bauch

- Blähungen
- gehen die Blähungen ab
- Geruchlos
- Geruch faule Eier
- Afterjucken
- Hämorrhoiden
- Stuhl geht mit ab

- Stuhldrang nach Essen
- Besserung nach Stuhlgang
- Stuhldrang bei Nervosität
- Dünndarmfehlbesiedlung
- Leaky Gut Syndrom
- Reizdarmsyndrom
- Fissuren

- Zöliakie
- Morbus Crohn
- Colitis Ulcerosa
- Polypen
- Divertikel
- Divertikulitis
- Colitis



## Leber und Gallenblase

- Fettleber
- Cholesterin hoch
- schlechte Leberwerte

- Lebervergrößerung
- Alkohol
- Spider Navy
- Schulterschmerzen rechts
- Galleverlustsyndrom

- Gallenentzündung
- Steine, Gries
- Schmerzen unterm Rippenbogen rechts
- Gallenblasen-OP



## Bauchspeicheldrüse

- Entzündung
- Enzymmangel
- Schwangerschaftsdiabetes

- Diabetes Typ 1 angeboren
- Diabetes Typ 1 Autoimmun
- Diabetes Typ 2

## Toilettengewohnheiten und Stuhlbeschaffheiten



- Wie lange sitzen Sie?
- Lesen Sie?
- Handy auf der Toilette?
- Wie oft pro Tag groß?

- Stuhl hart
- Stuhl weich
- Stuhl voluminös
- Stuhl schwimmt
- Stuhl schmiert
- Stuhl geformt

- Stuhl ungeformt
- Stuhlfarbe \_\_\_\_\_
- Blutauflagerungen
- Toilettenpapier viel
- Toilettenpapier wenig
- Feuchtes Toilettenpapier

- Durchfall
- Verstopfung
- im Wechsel
- Schmerzen beim Stuhlgang
- unvollständige Entleerung

## Haben Sie nachgewiesene Unverträglichkeiten?



- Laktose
- Fruktose
- Sorbit
- Salicylate

- Glutensensitivität
- Weizenunverträglichkeit
- Ananas
- Histamin

- Milcheiweiß
- Milchfett
- Soja

- Glutamat
- Sonstiges \_\_\_\_\_

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

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



- Vollwertkost
- Mischkost
- Rohkost
- Basisch

- Vegetarier
- Laktovegetarier
- Veganer
- Rohkost am Abend

- Eiweißdiät
- FODMAPs
- Paleo
- AI Paleo
- Low-Carb

- Wie süßen Sie?
- Smoothies
- Eiweißshakes
- Energiedrinks
- Zuckerfreie Kaugummis

## Verzichten Sie freiwillig auf Lebensmittel?



- Milch
- Käse
- Gluten

- Zucker
- Hülsenfrüchte
- Weizen

- Histaminhaltige Lebensmittel
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Ess- und Trinkgewohnheiten



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

Haben Sie durst?  viel

wenig

Wie oft Essen Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Snacks

Intermittierenden Fasten

Sind Sie hungrig?

Essen Sie aus Appetit

Essen Sie gerne

Hunger auf Süßes?

Essen Sie, weil Sie müssen.

Angst vorm Essen

Hangry

Gehirnnebel

Schmeckt Ihnen Ihr Essen im Moment?

ja

nein, warum nicht

Haben oder hatten Sie eine Essstörung?

ja

nein

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

Was mögen Sie gar nicht? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?

ja

nein

Wieviel Alkohol vertragen Sie? \_\_\_\_\_

Zigaretten

E-Zigaretten

Shisha

Drogen

# SCHILDDRÜSE UND STOFFWECHSEL

## Schilddrüse



- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion            | <input type="checkbox"/> Kropf                   | <input type="checkbox"/> Knoten allgemein | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen OP   |
| <input type="checkbox"/> Unterfunktion            | <input type="checkbox"/> Schilddrüse klein       | <input type="checkbox"/> Knoten heiß      | <input type="checkbox"/> Warum? _____      |
| <input type="checkbox"/> Hashimoto Thyreoiditis   | <input type="checkbox"/> Schilddrüse geschwollen | <input type="checkbox"/> Knoten kalt      | <input type="checkbox"/> Wann?             |
| <input type="checkbox"/> Morbus Basedow           | <input type="checkbox"/> Endokrine Orbitopathie  | <input type="checkbox"/> Zysten           | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs |
| <input type="checkbox"/> Thyreoiditis de Quervain | <input type="checkbox"/> Trockene Augen          | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> Radiojodtherapie  |

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzrasen       | <input type="checkbox"/> Blähungen      | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen  | <input type="checkbox"/> Brainfog               | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme      |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen     | <input type="checkbox"/> Verstopfung    | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen  | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit            | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust      |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen     | <input type="checkbox"/> Durchfall      | <input type="checkbox"/> Muskelzittern    | <input type="checkbox"/> Rastlosigkeit          | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel langsam |
| <input type="checkbox"/> Puls hoch       | <input type="checkbox"/> Haarausfall    | <input type="checkbox"/> kälteempfindlich | <input type="checkbox"/> wütend                 | <input type="checkbox"/> Stoffwechsel schnell |
| <input type="checkbox"/> Puls niedrig    | <input type="checkbox"/> Zyklusprobleme | <input type="checkbox"/> wärmeintolerant  | <input type="checkbox"/> depressive Verstimmung | <input type="checkbox"/> Heißhunger           |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Libidoverlust  | <input type="checkbox"/> Schwitzen        | <input type="checkbox"/> Panikattacken          | <input type="checkbox"/> Myxödem              |

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?

Nehmen Sie Medikamente dafür ein?

- L-Thyroxin \_\_\_\_\_  
 Thybon (T3)

- ja, wer \_\_\_\_\_  
 ja  
 Kombipräparat  
 Thyroxin mit Jod  
 ja

- Schweinehormone  
 Rinderhormone  
 nein

- nein  
 nein  
 Carbimazol/Propylcil  
 Betablocker

Vertragen Sie die Medikamente?



## Haare / Nägel

- fettig  
 trocken

- Schuppen  
 Ekzeme  
 Haarausfall  
 Haarbruch

- getönt  
 gefärbt  
 blondiert  
 Extensions

- brechen ab  
 weich  
 hart  
 Rillen

- fleckig  
 Pilz  
 Gelnägel  
 Acrylnägel  
 Schellack



## Haut / Bindegewebe

- trocken  
 fettig  
 schuppig  
 unrein  
 entzündet

- fleckig  
 rot  
 blass  
 Piercings, wo?  
 Tattoos, wo?  
 \_\_\_\_\_

- Urtikaria  
 Juckreiz  
 Neurodermitis  
 Psoriasis  
 Akne  
 Pilze  
 Wo?  
 Ekzeme

- Vitiligo  
 Schwitzen stark  
 Geruch  
 Geruchlos  
 überall  
 Kopf  
 Wo? \_\_\_\_\_  
 Stielwarzen

- Melanome  
 Pigmentflecken  
 starke Narbenbildung  
 viel Hornhaut  
 Wundheilungsstörungen  
 Orangenhaut  
 Lymphödem  
 Lipödem



## Herz/Kreislauf/Blut

- Herzerkrankung  
 Herzrasen

- Puls schnell  
 Puls langsam  
 Blutdruck hoch  
 Blutdruck niedrig  
 Herzklopfen

- Durchblutungsstörungen  
 kalte Hände  
 kalte Füße  
 frieren

- Krampfadem  
 Besenreiser  
 Gerinnungsstörung  
 Schlaganfall  
 Aneurysma

- B 12 Mangel  
 Cholesterin erhöht  
 Thrombosen  
 Anämie



## Hals

- Halsschmerzen  
 Kehlkopftzündungen

- Mandelentzündungen  
 Mandelsteine  
 große Mandeln

- Räuspern  
 Heisere Stimme  
 Struma

- Kloßgefühl  
 Husten  
 Lymphknoten geschwollen

## Stoffwechsel

- HPU/KPU  
 Gicht  
 Adipositas  
 Insulinresistenz

## Nebennierenschwäche Cortisol-Dysbalance:



- Erschöpfung  
 Müdigkeit

- Schlafstörung  
 Infektanfällig  
 Schmerzen  
 keine Stressresistenz

- Stimmungsschwankung  
 Depressive Verstimmungen  
 schnell überfordert  
 schnell am ausrasten

- Erschöpfung trotz Pausen und genügend Schlaf  
 Tagespensum nur unter Anstrengung erreichen  
 Zunahme der Unverträglichkeiten



## Schlafqualität

- Durchschlaf-Probleme

- gut  
 schlecht  
 Wann und wie oft wachen Sie auf und warum?

- Aufwachzeit  
 Anzahl der Stunden

- morgens müde  
 morgens wach

- Einschlaf-Probleme  
 Wie lange brauchen Sie? \_\_\_\_\_

# IMMUNSYSTEM



## Histaminintoleranz (Histaminüberschuss bzw. -abbauproblem)?

- Schwellung Gesicht
- Hitze Gesicht
- Röte Gesicht
- Rotes Dekolleté

- Quaddeln
- Röte Gesicht
- Schwitzen
- Atemnot
- Halsschwellung

- Fließschnupfen
- Verstopfte Nase
- Schlafprobleme
- tränende, jucken Augen
- Kopfschmerzen

- Bluthochdruck
- Herzrasen
- Kreislaufstörung
- Gehirnnebel
- Müdigkeit

- Übelkeit
- Blähungen
- Bauchschmerzen
- Durchfall
- Juckreiz

Nehmen Sie was ein?

Antihistamin

Quercetin

Sonstiges

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



## Mund / Mundschleimhaut / Zähne

- trocken
- brennen
- Speichelfluss wenig
- Speichelfluss viel

- Speichelsteine
- Aphten
- Herpes
- Pilz
- Zungenbelag
- Farbe \_\_\_\_\_

- Zungen groß
- eingerissene Mundwinkel
- Mundgeruch
- Schlechter Geschmack
- Lippen trocken

- Zahnschmerzen
- empfindliche Zähne
- Parodontitis
- behandelt, ja
- behandelt, nein

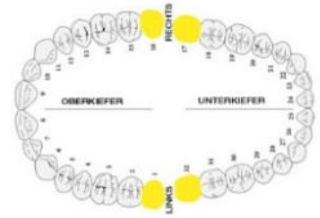
- Zahnfleischbluten
- Zahnfleischentzündung
- Zahnseide
- Zahnbürstchen
- Zähne putzen wie oft

- Amalgam
- Amalgam entfernt
- Kunststoff
- Keramik

- Gold
- Implantate
- Brücken

- Weisheitszähne vorhanden
- Milchzähne vorhanden
- Zahnprothese

Bitte zeichnen Sie wurzelbehandelte und fehlende Zähne ein.



## Lunge/Bronchien

- Lungenentzündung
- Lungenfibrose
- Staublunge

- COPD
- Bronchitis
- Asthma
- Asthma allergisch

- Husten
- Schleim
- erschöpft Treppensteigen
- Luftnot
- Tief Einatmen schwer



## Nase

- Sinusitis
- Nasenbluten
- Verstopft
- Polypen

- Schnarchen
- Verkrustungen
- Geruchsverlust
- Nasenspray

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



- Corona
- Diphtherie
- HPV
- Influenza
- Meningokokken

- ja
- Polio
- FMSE
- Windpocken
- Herpes Zoster

- nein
- Hepatitis B
- Mumps
- Strovac
- Tetanus

- Impfstoff
- Masern
- Röteln
- Keuchhusten

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

- Virushepatitis A, B, C, D, E
- Influenza
- EBV/Pfeiffersches Drüsenfieber

- Keuchhusten
- Windpocken
- Masern

- Diphtherie
- Borreliose
- FSME
- Verlauf: \_\_\_\_\_

- Röteln
- Hirnhautentzündung
- Meningokokken

- Pneumokokken
- Malaria
- TBC

- Corona
- nein

- Verlauf: \_\_\_\_\_
- Post-Vaccine-Syndrom
- Long-Covid

## Hatten Sie eine Krebserkrankung?

- Wann? \_\_\_\_\_
- Operation

- Wo? \_\_\_\_\_
- Bestrahlung

- Chemotherapie

- Medikamente



## Haben Sie Allergien?

- Heuschnupfen
- Korbblütler

- Pollen
- Gräser
- Hausstaubmilben
- Tierhaare

- Sellerie
- Nüsse
- Soja
- Erdbeeren

- Latex
- Nickel
- Pflaster
- Sonne

- Schimmelpilze
- Penicillin
- Acetylsalicylsäure
- \_\_\_\_\_



## Augen

- Augenentzündungen
- Bindehautentzündung
- Tränende
- Trockene

- Geschwollene
- Rot
- Verklebt
- kurzsichtig
- weitsichtig

- Brille
- Kontaktlinsen
- gelasert
- Grüner Star
- Grauer Star



## Ohren

- Tinnitus
- Hörsturz
- Schwerhörig
- Ohrenschmalz viel

- Ohrjucken
- Ohrendruck
- Mittelohrentzündung
- Schwindel

## Schmerzanamnese



- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wo, welches Organ oder Stelle am Körper? | <input type="checkbox"/> Wann Tagszeit? | <input type="checkbox"/> Intensität 1-11 | <input type="checkbox"/> Vernichtungsschmerz |
| <input type="checkbox"/> Dauer?                                   | <input type="checkbox"/> lähmend        | <input type="checkbox"/> heftig          | <input type="checkbox"/> pocht               |
| <input type="checkbox"/> quälend                                  | <input type="checkbox"/> ziehend        | <input type="checkbox"/> stechend        | <input type="checkbox"/> kolikartig          |
| <input type="checkbox"/> drückend                                 | <input type="checkbox"/> elektrisierend | <input type="checkbox"/> krampfartig     |  |
| <input type="checkbox"/> krabbeln                                 | <input type="checkbox"/> dumpf          |  |  |
| <input type="checkbox"/> brennt                                   |   |  |  |

## UROGENITALTRAKT



- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig   | <input type="checkbox"/> Östrogendominanz      | <input type="checkbox"/> Ausfluss            | <input type="checkbox"/> rasiert                 |
| <input type="checkbox"/> Periode unregelmäßig | <input type="checkbox"/> Progesteronmangel     | <input type="checkbox"/> Geruchslos          | <input type="checkbox"/> Piercings               |
| <input type="checkbox"/> Zyklusdauer _____    | <input type="checkbox"/> Progesteronüberschuss | <input type="checkbox"/> Geruch              | <input type="checkbox"/> tragen Sie Strings      |
| <input type="checkbox"/> Blutungsdauer _____  | <input type="checkbox"/> Zysten                | <input type="checkbox"/> Scheidentrockenheit | <input type="checkbox"/> Synthetische Unterwäsch |
| <input type="checkbox"/> PMS                  | <input type="checkbox"/> PCOS                  | <input type="checkbox"/> Pilze               | <input type="checkbox"/> Intimwaschlotion        |
| <input type="checkbox"/> Regelschmerzen       | <input type="checkbox"/> Myome                 | <input type="checkbox"/> Juckreiz            |  |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim GV    |  |  |  |

## Schwangerschaften

- |  |  |  |                                      |                                       |
|--|--|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schwanger         | <input type="checkbox"/> Kaiserschnittgeburt | <input type="checkbox"/> Fehlgeburt              | <input type="checkbox"/> Abbruch     | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch |
| <input type="checkbox"/> Schwanger gewesen | <input type="checkbox"/> Natürliche Geburt   | <input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ausschabung |                                       |

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

- |  |  |                                      |   |
|--|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pille _____                         | <input type="checkbox"/> Nehmen Sie die Pille durchgängig? | <input type="checkbox"/> ja          | <input type="checkbox"/> nein               |
| <input type="checkbox"/> Nuva Ring                           | <input type="checkbox"/> Spirale (Kupfer)                  | <input type="checkbox"/> Kupferkette | <input type="checkbox"/> Verhütungscomputer |
| <input type="checkbox"/> Verhütungspflaster                  | <input type="checkbox"/> Spirale (Hormon)                  | <input type="checkbox"/> Diaphragma  | <input type="checkbox"/> Kondome            |
| <input type="checkbox"/> Depotspritze                        | <input type="checkbox"/> Verhütungsstäbchen                | <input type="checkbox"/> ja          | <input type="checkbox"/> Temperaturmethode  |
| <input type="checkbox"/> Vertragen Sie das Verhütungsmittel? |  | <input type="checkbox"/> nein        |   |

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

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

- |  |                               |                                   |                              |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Sind die Hormone getestet worden?              | <input type="checkbox"/> Blut | <input type="checkbox"/> Speichel | Ergebnisse bitte mitbringen. |
| Nehmen Sie Hormone Progesteron oder DHEA etc.? | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein     |                              |
| Warum und seit wann? _____                     |                               |                                   |                              |

## Endometriose

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

## Wann und wo sind die Schmerzen?

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

## PCOS



- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Periode regelmäßig   | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme       | <input type="checkbox"/> Haarausfall Kopf | <input type="checkbox"/> Unreine Haut Gesicht |
| <input type="checkbox"/> Zyklusdauer _____    | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme Bauch | <input type="checkbox"/> Haare Gesicht    | <input type="checkbox"/> Unreine Haut Rücken  |
| <input type="checkbox"/> Blutungsdauer _____  | <input type="checkbox"/> Gewicht normal        | <input type="checkbox"/> Haare Bauch      | <input type="checkbox"/> Unreine Haut Beine   |
| <input type="checkbox"/> Periode unregelmäßig | <input type="checkbox"/> Insulinresistenz      | <input type="checkbox"/> Haare Beine      | <input type="checkbox"/> Depressionen         |
| <input type="checkbox"/> keine Periode        |  | <input type="checkbox"/> gelasert         | <input type="checkbox"/> Libidoverlust        |

## Sind Sie in den Wechseljahren?



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

## Blase / Niere / Prostata



- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung        | <input type="checkbox"/> schwache Blase     | <input type="checkbox"/> Nierenbeckenentzündung | <input type="checkbox"/> Prostataprobleme |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung häufig | <input type="checkbox"/> Inkontinenz        | <input type="checkbox"/> Nierensteine /-gries   | <input type="checkbox"/> Zystenniere      |
| <input type="checkbox"/> brennen                 | <input type="checkbox"/> Trampolin springen | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen        | <input type="checkbox"/> Eiweißshakes     |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen               | <input type="checkbox"/> Lachen             | <input type="checkbox"/> Reizblase              | <input type="checkbox"/> Hautprobleme     |

## Kopf und Körper

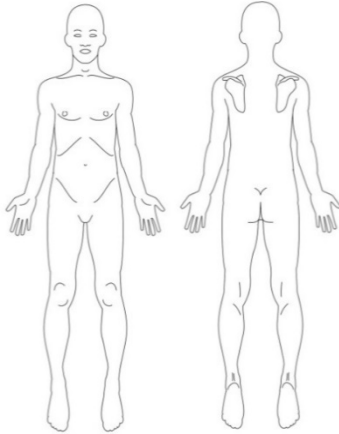
- Kopfschmerzen  
 Spannungskopfschmerzen

- Gesichtsschmerzen  
 Facialis

- Spannungskopfschmerzen  
 Halswirbelsäule  
 Brustwirbelsäule  
 Lendenwirbelsäule  
 Skoliose  
 Hohlkreuz  
 Rundrücken  
 Morbus Scheuermann  
 ISG  
 Steißbein  
 Trichterbrust  
 Muskelkrämpfe  
 Muskelschmerzen  
 Muskelzittern  
 Myogelosen  
 Rückenschmerzen

- Facialis  
 Schulter Impingement  
 Sehnenscheidentzündung  
 Karpaltunnelsyndrom  
 Meniskus  
 Ganglion  
 Leistenbruch  
 Ischias  
 geschwollene Beine  
 Schleudertrauma  
 Bandscheibenvorfall  
 Wo?  
 Morbus Bechterew  
 Kollagenose  
 Osteoporose  
 Rippen Schmerzen

- Trigeminus  
 Anlaufschmerz  
 Ruheschmerz  
 kleine Gelenke  
 große Gelenke  
 Restless Legs  
 Arthrose  
 Arthritis  
 Rheumatoide Arthritis  
 Fibromyalgie  
 Rheuma  
 ANA  
 HLA-B27  
 Rheumafaktor  
 Anti CCP  
 ANCA



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

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



- Blinddarm  
 Gallenblase  
 Darm  
 Mandeln  
 Nasenpolypen  
 Zahn

- Schilddrüse  
 Gebärmutter  
 Zysten  
 Endometriose  
 Kaiserschnitt  
 Bauchspiegelung

- Knie re \_\_li\_\_  
 Schulter re \_\_li\_\_  
 Hüfte re \_\_li\_\_  
 Karpaltunnel re \_\_li\_\_  
 Halux re \_\_li\_\_  
 Bandscheibe \_\_\_\_\_

- Brust-OP  
 Augen gelasert  
 Lidstraffung  
 Nasenkorrektur  
 Transplantationen  
 Krampfadern

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

## AUS GANZHEITLICHER SICHT IST MIR AUCH WICHTIG IHRE PERSÖNLICHEN VERHÄLTNISSE ZU ERFAHREN

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



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

Wie war Ihre Geburt?  Natürlich  Kaiserschnitt  gestillt  Flaschenkind  
 Wie war Ihre Kindheit?  glücklich  unglücklich  eigene Aussage:   
 Wie war Ihre Pubertät?  glücklich  unglücklich  eigene Aussage:   
 Wie war Ihre Schulzeit  glücklich  unglücklich  eigene Aussage:

### Beziehung

Single glücklich  Single unglücklich  alleinerziehend  Patchworkfamilie  geschieden  
 Beziehung  verheiratet  glücklich  unglücklich  auf und ab  
 frisch getrennt  in Scheidung  geschieden

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

### Schule, Studium und Arbeit



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

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

<input type="checkbox"/> Herzmedikamente	_____	<input type="checkbox"/> Antidepressiva	_____
<input type="checkbox"/> Blutdruckmittel	_____	<input type="checkbox"/> Cholesterinsenker	_____
<input type="checkbox"/> Allergiemittel	_____	<input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer	_____
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente	_____	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel (Wie oft im Monat und warum?)	_____
<input type="checkbox"/> Pille	_____	<input type="checkbox"/> Protonenpumpenhemmer (z.B. Omemprazol)	_____
<input type="checkbox"/> Nasenspray	_____	<input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente	_____

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> Multivitamin	<input type="checkbox"/> Selen	<input type="checkbox"/> Rhodiola	<input type="checkbox"/> Basenmittel	<input type="checkbox"/> Abführmittel
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	<input type="checkbox"/> Magnesium	<input type="checkbox"/> Guarana	<input type="checkbox"/> Zeolith	<input type="checkbox"/> Flohsamenschalen
<input type="checkbox"/> Vitamin B Komplex	<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Medizinpilze	<input type="checkbox"/> Bentonit	<input type="checkbox"/> Leinsamen
<input type="checkbox"/> Vitamin D	<input type="checkbox"/> Jod	<input type="checkbox"/> Probiotika	<input type="checkbox"/> DAOzym	<input type="checkbox"/> Chia
<input type="checkbox"/> Vitamin C	<input type="checkbox"/> Aminosäuren	<input type="checkbox"/> Ezmye	<input type="checkbox"/> Laktase	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____

**Wie ist Ihre Freizeitgestaltung**



Haben Sie Hobbies?  ja, welche  nein

Freundeskreis  Wandern  Tanzen

groß  Singen  Garten

klein  Musizieren  radfahren  lesen

Sonstiges \_\_\_\_\_  kochen

reisen

**Sport**



ja  nein

Fitness Studio  Ballsport  zu Müde für Sport

Cardio  Pilates / Yoga  Gewicht zu hoch

Kraftsport  Sonstiges \_\_\_\_\_  Gewicht zu niedrig

Kampfsport  wie oft?  schneller Muskelaufbau  Eiweißshakes

Proteinriegel

lange Regenerationsphasen

Schwitzen Sie viel?

Schwitzen Sie wenig?

**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?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_**

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.la.bayern.de](http://www.la.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