

**Sehr geehrte Patienten/innen,  
Ihr Baby oder Kleinkind hat gesundheitliche Probleme und Sie wollen diese mit  
Naturheilkunde lösen? Dann haben Sie schon den ersten Schritt getan und  
Kontakt zu mir aufgenommen.**

**Füllen Sie bitte die Unterlagen sorgfältig vollständig aus, so kann ich mir schon  
im Vorfeld einen Überblick verschaffen und bin optimal auf unseren ersten  
Termin vorbereitet, so dass wir effektiv gemeinsam an Ihrem Problem arbeiten  
können.**

**Falls Sie Laborwerte, Krankenhausberichte, MRT Berichte, Facharztberichte  
oä. haben, schicken Sie mir diese in Kopie bitte mit. Es erspart doppelte  
Diagnostikkosten und so können wir schneller mit einer effektiven Behandlung  
für Sie beginnen. Falls keine oder wenige vorliegen ist dies kein Problem, denn  
ich nehme in meiner Praxis auch Blut ab und veranlasse verschiedene Labore.  
Bei Kindern versuche ich mit nichtinvasiver Diagnostik, wenn möglich  
auszukommen.**

**Bitte führen Sie auch ein Ernährungsprotokoll über 3-7 Tage, Sie können dies  
bei Ihrem ersten Termin mitbringen.**

**Wenn Sie die Unterlagen ausgefüllt haben schicken Sie diese bitte mit der Post  
an Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipziger Strasse 46 und geben  
bitte auch an, innerhalb welcher Zeiten Sie in die Praxis kommen können. Wenn  
die Unterlagen eintreffen kontaktiere ich Sie (bitte E-Mail und/oder  
Telefonnummer nicht vergessen) und wir vereinbaren einen Anamnesetermin.  
Falls Sie Ihre Unterlagen per E-Mail schicken bitte an [beritduring@gmail.com](mailto:beritduring@gmail.com)  
im PDF Format eine Gesamtdatei (bitte keine Bilddateien).**

**Auf Grund vieler Patienten kommt es leider sehr oft zu längeren Wartezeiten,  
bis Sie in die Praxis kommen können, ich bitte Sie dies einzuplanen. Wenn Sie es  
wünschen können Sie aber gern auf die Warteliste und falls ein anderer Patient  
seinen Termin verschieben muss, können Sie gern eher einen Terminvorschlag  
bekommen. Bitte eine kurze Info ob Sie dies wünschen.  
Bei Babys und Kleinkindern versuche ich so zeitnah wie möglich einen Termin  
zu finden.**

**Ernährungsprotokoll Datum Beginn:**

**Name:**

**Bitte schreiben Sie alle Getränke und Mahlzeiten inkl. der Zwischenmahlzeiten und Snacks mit ungefähren Mengenangaben in das Protokoll. Tragen Sie auch körperliches oder seelisches Befinden wie z B. Bauchschmerz, Müdigkeit, Blähungen, Kopfschmerzen, Wohlbefinden etc, in das Protokoll ein. Wenn ein neuer Tag eingetragen wird, bitte mit einer Linie trennen oder farblich kennzeichnen.**

**Tag/Uhrzeit Mahlzeit**

**Getränke**

**Befinden**

## **Lebensraum**

Praxis für physikalische und alternative Therapie Berit During

Physiotherapeutin/Heilpraktikerin

Leipziger Str. 46 – 03048 Cottbus

Telefon 0355/71 19 10

[www.LebensraumCottbus.de](http://www.LebensraumCottbus.de)

### **Patientendatenblatt**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort mit PLZ.: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Heilpraktiker-Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?: \_\_\_\_\_

Information:

Das Behandlungshonorar wird zu jeder Behandlung in bar fällig. In besonderen Fällen werden auch Sammelrechnungen erstellt. Kartenzahlung ist momentan nicht möglich. Für Selbstzahler gibt es Jahresquittungen zur Vorlage beim zuständigen Finanzamt. Diese enthalten keine Diagnosen oder Abrechnungsziffern!

In der Regel werden die Kosten der Behandlung durch einen Heilpraktiker von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet.

Die privaten Krankenversicherungen, die Beihilfestellen bzw. Zusatzversicherungen übernehmen die Kosten für die Behandlung durch einen Heilpraktiker ganz oder teilweise. Bitte erkundigen Sie sich im Vorfeld bei der zuständigen Stelle über die für Sie zutreffenden Erstattungsmodelle. Ich habe keinerlei Vertragsverhältnis mit privaten Krankenkassen oder der Beihilfestelle. Deshalb ist auch die Begleichung meiner Rechnungen völlig unabhängig von einer Erstattung dieser Stellen und muss zum Fälligkeitszeitpunkt der Rechnung beglichen werden!

Terminabsage:

Ich betreibe eine Bestellpraxis. Können vereinbarte Termine nicht eingehalten werden, müssen diese mindestens 2 Werktage vorher abgesagt werden - bei Erstanamneseterminen 3 Werktage. Anderenfalls wird eine Terminausfall-Gebühr (§615BGB) in Höhe des festgelegten Stundenhonorars in Rechnung gestellt.

Die Datenschutz - Einverständniserklärung habe ich erhalten, und stimme dieser zu.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung** zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.4.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung).

Hiermit erteile ich, \_\_\_\_\_

mein Einverständnis für die schriftliche Erfassung, Speicherung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten durch Physiotherapeutin und Heilpraktikerin Berit During und die in der Praxis Lebensraum Berit During 03048 Cottbus Leipziger Strasse 46 tätigen Kolleginnen zum Zwecke

a.) der Anlage einer Patientenkartei ( Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenversicherung, Telefonnummer, E-Mail Adresse, mitbehandelnde Ärzte oder Therapeuten, bei Bedarf Sorge- bzw. Erziehungsberechtigten)

b.) der Erhebung einer Anamnese sowie Befund- und Behandlungsdokumentation

c.) der Erstellung von Therapieberichten ( auf ärztlichen oder persönlichen Wunsch )

d.) der aktualitäts bezogenen interdisziplinären Kommunikation ( Rücksprache mit Ihrem verordnenden bzw. behandelnden Arzt auch bei notwendiger Korrektur oder Rückfragen zu Ihrer Verordnung )

e.) der Rechnungslegung ( Privatzahler und Privatkassen )

f.) Kontaktaufnahme zur Terminabstimmung per E-Mail und / oder Telefon

g.) Bearbeitung der von Ihnen auf dem Praxisanrufbeantworter ( Tel. 0355/711910 ) hinterlassenen Informationen

h.) Bearbeitung der von Ihnen per E-Mail ( [physioduring@arcor.de](mailto:physioduring@arcor.de) [info@lebensraumcottbus.de](mailto:info@lebensraumcottbus.de), [beritduring@teawork.de](mailto:beritduring@teawork.de), [beritduring@gmail.com](mailto:beritduring@gmail.com) ) an mich adressierten Anfragen und Wünsche auch über das Kontaktformular auf der Internetseite ( [www.physioduring.de](http://www.physioduring.de), [www.lebensraumcottbus.de](http://www.lebensraumcottbus.de) )

i.) Bestellungen und Rezepturanfertigungen bei Apotheken im Sinne des Patienten.

j.) nach deutschen Recht geltenden Aufbewahrungsfristen von Patientenakten von mindestens 10 Jahren.

Mir ist bekannt, das ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich zu Händen von Berit During widerrufen kann ( ausgenommen Punkt j.)

Cottbus, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

## **Anamnesebogen Baby / Kind**

Datum:

Vorname / Name Kind:

Geburtsdatum:

Vorname / Name Mutter / Vater:

Grund des Kommens:

Therapieziel:

Größe:

Gewicht:

Verlauf Schwangerschaft / Geburt in Stichpunkten:

Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel mit Dosierung und Firma:

Ernährung / Gestillter Säugling, bitte ein mindestens 3 Tages Ernährungsprotokoll der Mutter:

Stuhlgang:

Schlaf:

Erkrankungen:

Impfstatus:

Fachärzte: