

**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 info@lebensraumcottbus.de im
PDF Format (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

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 info@lebensraumcottbus.de, beritduring@teawork.de, beritduring@gmail.com) an mich adressierten Anfragen und Wünsche auch über das Kontaktformular auf der Internetseite (www.physioduring.de, 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: