

**Sehr geehrte Patienten/innen,
Sie möchten gern wieder gesund und leistungsfähig werden oder etwas für Ihre Gesundheitsvorsorge tun? 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.

Bitte führen Sie auch ein Ernährungsprotokoll über 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 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.

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 _____

Lebensraum

Praxis für physikalische und alternative Therapie Berit During
Physiotherapeutin/Heilpraktikerin

Leipziger Str. 46 – 03048 Cottbus Telefon 0355/71 19 10
www.LebensraumCottbus.de

Anamnesebogen

Datum:

Tel.:

Name, Vorname:

Geb.:

Größe:

Gewicht:

Familienstand:

Erlerner Beruf:

Jetziger Beruf/ Tätigkeit:

Sport:

Grund des Kommens:

Therapieziel:

**Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel inkl. Name, Hersteller,
Dosierung:**

Magen:

Darm:

Leber:

Gallenblase:

Bauchspeicheldrüse:

Niere:

Blase:

Zähne / Zahnfleischbluten:

Haut:

Lunge:

Neurologische Erkrankungen:

Psychische Erkrankungen:

Wirbelsäule/ Gelenke:

**Erkrankungen der weiblichen oder männlichen Geschlechtsorgane
(Prostata, Uterus, Eierstöcke etc.):**

Allergien:

Unterstreichen Sie bitte zutreffendes und ergänzen die Angaben.

kalte/warme **Hände**

kalte/warme **Füße**

Stuhlgang: mal tgl. / alle Tage / Konsistenz

Blähungen:

Appetit: gut/normal/schlecht/wechselnd

Wie viele Mahlzeiten täglich, welche ist Ihre warme Mahlzeit?

Miktion (Wasser lassen): viel/wenig hell/dunkel nächtl. Wasserlassen

Durst: viel/normal/wenig Trinkmenge Liter/Tag

Welche Getränke?

Wieviel Kaffee oder Schwarztee täglich?

Schlaf: gut/normal/schlecht/wechselnd Dauer Aufwachzeit

Einschlaf Durchschlaf

Menses Wieviel Zyklus- und Blutungstage / Intensität?

Wechseljahre wann eingetreten?:

Kinder:

Fehl/Totgeburten:

Pille/Spirale von wann bis wann, wenn möglich mit Angabe des Mittels:

Tinnitus: Schwindel:

Sensibilitätsstörungen: Rauchen Sie?:

Alkohol wieviel?: Drogenkonsum?:

Impfungen, welche, wann?:

Fachärzte bitte mit Namen, Adresse, Ort: